

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE FARMACIA



## **TESIS DOCTORAL**

Oficina de farmacia, intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento terapéutico del paciente polimedicado

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Teresa Gil Alegre

DIRECTOR

Francisco Javier Puerto Sarmiento

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE FARMACIA**

**DEPARTAMENTO DE FARMACIA GALENICA Y TECNOLOGIA  
ALIMENTARIA**



**TESIS DOCTORAL**

**OFICINA DE FARMACIA, INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA  
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO TERAPEUTICO DEL PACIENTE  
POLIMEDICADO**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR**

**PRESENTADO POR**

**TERESA GIL ALEGRE**

**DIRECTOR**

**FRANCISCO JAVIER PUERTO SARMIENTO**

**MADRID 2020**

**TESIS DOCTORAL: OFICINA DE FARMACIA, INTERVENCIONES  
PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO TERAPEUTICO  
DEL PACIENTE POLIMEDICADO**

**AUTOR: Teresa Gil Alegre**

**DIRECTOR: Francisco Javier Puerto Sarmiento**

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE FARMACIA**

**DEPARTAMENTO DE FARMACIA GALENICA Y TECNOLOGIA  
ALIMENTARIA**



**TESIS DOCTORAL**

**OFICINA DE FARMACIA, INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA  
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO TERAPEUTICO DEL PACIENTE  
POLIMEDICADO**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR**

**PRESENTADO POR**

**TERESA GIL ALEGRE**

**DIRECTOR**

**FRANCISCO JAVIER PUERTO SARMIENTO**

**MADRID 2020**

## ÍNDICE

DEDICATORIA.....	6
AGRADECIMIENTOS.....	7
RECUERDOS.....	8
RESUMEN.....	10
SUMMARY.....	13
1 INTRODUCCIÓN.....	16
1.1 CAMINO HACIA LA ACTUALIDAD .....	17
1.2 UN TOQUE DE HISTORIA .....	20
1.3 ACEPTANDO UN COMPROMISO .....	23
2 JUSTIFICACIÓN DE MOTIVOS PARA REALIZAR ESTE TRABAJO DOCTORAL .....	25
3 JUSTIFICACIÓN DEL MÉTODO DE ESTUDIO .....	32
4 ATENCIÓN AL PACIENTE / ATENCIÓN FARMACÉUTICA .....	36
4.1 ATENCIÓN FARMACÉUTICA .....	37
4.2 SITUACIONES PREVIAS .....	38
4.3 LA FARMACIA CLÍNICA, CATALIZADOR DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA .....	39
4.4 FARMACÉUTICO/MEDICAMENTO/PACIENTE, ATENCIÓN FARMACÉUTICA .....	42
4.5 ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y CALIDAD DE VIDA .....	60
4.6 IMPLANTACIÓN DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ESPAÑA .....	64
5. INICIACIÓN DEL CONCEPTO DE SERVICIOS PROFESIONALES FARMACÉUTICOS DESARROLLADOS EN LA FARMACIA COMUNITARIA ESPAÑOLA/OFICINA DE FARMACIA .....	85
6. ESTUDIOS Y CONSIDERACIONES PREVIAS A LA IMPLANTACIÓN DE SERVICIOS .....	112
7. OFICINA DE FARMACIA: ESTABLECIMIENTO SANITARIO Y EMPRESA .....	199

7.1 GESTIÓN DE LA EMPRESA ESTABLECIMIENTO SANITARIO, DENOMINADA OFICINA DE FARMACIA .....	200
7.2 GESTIÓN DE LA CALIDAD. NORNAS ISO DE CALIDAD EN OFICINA DE FARMACIA .....	209
8 DISPOSITIVOS FACILITADORES AL PACIENTE EN EL CUMPLIMIENTO DE SU MEDICACIÓN, A TRAVÉS DE LA OFICINA DE FARMACIA .....	226
8.1 CONSIDERACIONES PREVIAS .....	227
8.1.1. DISPOSITIVOS DE REACONDICIONAMIENTO DESTINADOS A LA AYUDA DEL PACIENTE EN EL CUMPLIMIENTO DE SU MEDICACIÓN, DESDE LA OFICINA DE FARMACIA .....	241
8.1.2 APROXIMACIÓN AL COSTE DE ESTOS SERVICIOS DE REACONDICIONAMIENTO .....	245
8.2 SISTEMAS PERSONALIZADOS DE REACONDICIONAMIENTO. PREPARACIÓN. FUNCIONAMIENTO. UTILIDAD. PRECIO.....	250
8.3 ADHERENCIA/NO ADHERENCIA; CUMPLIMIENTO/INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO.SEGUIMIENTO DESDE LA OFICINA DE FARMACIA. ....	360
8.4 BREVE REFERENCIA A LAS SIGLAS SPD .....	395
9. FIGURAS DE FARMACÉUTICOS EXTERNOS Y OFICINA DE FARMACIA. ....	398
9.1 RED DE FARMACÉUTICOS INDEPENDIENTES. ALPHEGA FARMACIA .....	399
9.2 FARMACÉUTICOS FORMADORES Y FARMACÉUTICOS COLABORADORES (FoCo) .....	417
10 ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES. SISTEMAS PERSONALIZADOS DE DOSIFICACIÓN (SPD) .....	430
10.1 ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL MAYOR POLIMEDICADO EN LAS OFICINAS DE FARMACIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID PARA LA MEJORA EN LA UTILIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS .....	437
10.2 APROXIMACION A LAS ESCALAS DE VALORACIÓN QUE AYUDAN AL EQUIPO DE GERIATRÍA EN LA VALORACIÓN	

<i>DE LA CAPACIDAD DEL PACIENTE .....</i>	<i>457</i>
<i>10.3 APROXIMACIÓN DE LA DISPENSACIÓN ACTIVA AL ANCIANO</i>	
<i>INSTITUCIONALIZADO EN LA COMUNIDAD DE MADRID .....</i>	<i>465</i>
<i>10.4 TRABAJO DE CAMPO. LOS SERVICIOS DE SPD</i>	
<i>EN ALGUNAS OFICINAS DE FARMACIA ESPAÑOLAS .....</i>	<i>483</i>
<i>10.4.1 INICIO DEL SERVICIO. OFERTA E IMPLANTACIÓN .....</i>	<i>486</i>
<i>10.4.2 REALIZACIÓN SPD .....</i>	<i>492</i>
<i>10.4.3 PACIENTES Y SPD .....</i>	<i>494</i>
<i>10.4.4 DATOS DE OTRAS OFICINAS DE FARMACIA.....</i>	<i>501</i>
<i>DISCUSIÓN .....</i>	<i>512</i>
<i>CONCLUSIONES.....</i>	<i>521</i>
<i>ABREVIATURAS. ACRONIMOS. SIGLAS.....</i>	<i>526</i>

## *DEDICATORIA*

A mi hija María Eugenia, motor de mis ilusiones y de mi vida.

## *AGRADECIMIENTOS*

A D. Francisco Javier Puerto Sarmiento, Académico de número de las Reales Academias de la Historia y Nacional de Farmacia; de la Academia internacional de Historia de la Farmacia; etc. Catedrático de Historia de la Farmacia en la Universidad Complutense de Madrid, que con su categoría científica y docente consigue, siendo riguroso, seducir a los alumnos por su cercanía; y, haciendo honor a su generosidad acepto ser director de mi Trabajo Doctoral, consciente de lo problemático, no del tema, si no de la doctoranda. A esa gran generosidad quiero ofrecerle hoy mi infinito agradecimiento.

A los profesores D. Alberto Gomis Blanco, presidente de la Real Sociedad Española de Historia Natural, Catedrático en la Universidad de Alcalá de Henares, Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales; y a D. Raúl Rodríguez Nozál, Profesor en la Universidad de Alcalá de Henares, Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales, por aceptar tutelar mi estancia por tres meses en su departamento, aportándome conocimientos científicos y en lo personal, lo importante que es saber ayudar.

Tengo mucho que agradecer a mi familia, volcada en lo que yo necesitare. Somos tres farmacéuticas en la unidad familiar y he contado con el apoyo de mis amigas y de las amigas heredadas, cada una en su sitio han colaborado para que llegase este momento, con papeleo y todo. Los que me han ayudado saben lo que han hecho por mí y yo, quiero que sepan, que siempre me acordaré de todos; para ellos un perpetuo recuerdo y agradecimiento.



## *RECUERDOS*

He dormido esta noche en el monte  
con el niño que cuida mis vacas.

En el valle tendió para ambos  
el rapaz su raquítica manta.....

Una noche solemne de junio  
Una noche de junio muy clara.....

Los valles dormían,

Los búhos cantaban,

Sonaba un cencerro,

Rumiaban las vacas....

¡Qué noches, qué noches!

¡Qué horas, qué auras!

¡Para hacerse de acero los cuerpos!

¡Para hacerse de oro las almas!

Pero el niño ¡qué solo vivía!

¡Me daba una lástima!.....

Mi vaquerillo. Gabriel y Galán.

Yo he pasado, con mi madre, en la BOTICA, varias noches de guardia, con ratos de miedo, con ratos de pena, con ratos de risas; con tiempo para mirar y colocar papeles y cosas, con música, con ratos de televisión, con madrugadas de cafés con bollos que siempre nos traían las clientas que se iban a trabajar al alba.

Atendiendo detrás de una ventanilla o detrás de un mostrador, y la puerta de par en par durante el día, con la bata blanca (es la que me gusta) y la sonrisa que acompaña siempre a una atención llena de ciencia y de amabilidad, allí están los boticarios, ¡qué noches! ¡qué días!, por eso los Boticarios tenemos el cuerpo de acero y de oro el alma. Y al final ¡qué solos!

A mis compañeros de Botica

Teresa.

## *RESUMEN*

### *OFICINA DE FARMACIA, INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DEL PACIENTE POLIMEDICADO. SISTEMAS PERSONALIZADOS DE DOSIFICACIÓN (SPD)*

#### Introducción:

El ejercicio profesional en oficina de farmacia te hace plantear una serie de actitudes, ya la definición que el legislador emite sobre ella te pone en antecedentes: es un establecimiento sanitario de propiedad privada e interés público, sujeto a la planificación sanitaria que establezcan las Comunidades Autónomas (Ley General de Sanidad, 1986). Como titular de un establecimiento privado, el farmacéutico debe ser un empresario y, ese interés público lo dirigirán los poderes públicos que esperan, de este farmacéutico titular de oficina de farmacia, que atienda al colectivo acogido a la Sanidad Pública con su calidad profesional (lógico) pero con la mínima rentabilidad pues él autoriza el precio venta al público (PVP) de todos los medicamentos que precisan receta médica para su dispensación, precio que es revisado a la baja periódicamente, la introducción de los medicamentos genéricos que los poderes públicos igualan, señalando “el precio de referencia”; el beneficio de esa “empresa va sobre ese precio venta al público”, en un tanto por ciento (%) que también indica el Estado.

#### Investigación y Métodos.

La investigación está dirigida bajo dos tipos de estudio: Estudio de Revisión y Estudio de Caso.

En cuanto a la farmacia como empresa, recogemos sus compromisos empresariales y sanitarios, incluidas las Normas ISO de calidad.

El principal objetivo fue conocer y estudiar los Servicios Asistenciales Farmacéuticos, cómo se ejecutaban en la oficina de farmacia y si existía una compensación económica, al menos para recuperar la inversión que el titular de esa farmacia había realizado en material, utillaje y el tanteo del coste salarial en función del tiempo empleado por la persona responsable de llevar a cabo ese servicio. La revisión se centró en la prensa profesional dedicada a oficina de farmacia para conocer los programas de investigación

realizados y los que estaban en curso; pues el resultado final de estos servicios, va precedido por un proyecto piloto complejo, largo en el tiempo y con la implicación de investigadores, entre los que se encuentran las oficinas de farmacia que voluntariamente aceptan colaborar

Los objetivos secundarios son: conocer los servicios profesionales farmacéuticos que están establecidos y los que con investigación terminada no se han implantado. Después de conocer estos datos referidos anteriormente, en ese momento mi interés estaba centrado en conocer los resultados del ahorro que proporcionamos a la Administración e indagar el porqué, cuesta tanto conseguir una negociación.

El método empleado fue revisar un número importante de publicaciones para estudiar la Atención Farmacéutica a los pacientes.

Finalmente nos centramos en un servicio destinado a la adhesión del paciente a su tratamiento indicado por el prescriptor, denominado Servicio Personalizado de Dosificación (SPD). Este servicio ayuda a la fidelización pues se funda en organizar la toma de los medicamentos siguiendo, rigurosamente, la pauta indicada por el prescriptor. Está indicado, sobre todo, a mayores polimedicados, a pacientes con problemas cognitivos, dificultades de movilidad, disminución de habilidades. El Protocolo Normalizado de Trabajo, recomienda que el médico, el enfermero/a, o el propio farmacéutico lo recomiende a sus pacientes/clientes que protagonicen una de estas situaciones. “pacientes diana”.

Para ello, realice un estudio de campo a fin de comprobar cómo el Servicio Personalizado de Dosificación (SPD), con excelentes resultados en fidelización del paciente en su tratamiento, se estaba confirmando en la realidad del día a día de las oficinas de farmacia. Estudié la implantación y resultados de este servicio en oficinas de farmacia, cuyos titulares accedieron a colaborar en base a la amistad, eran amigas mías y, en la mía; eran oficinas de farmacia de muy distinta ubicación (sólo una rural, que nos facilitó datos interesantes); yo sé que no conseguí un número de farmacias significativo desde el punto de vista estadístico, pero me aportó la situación en ese momento. La búsqueda de fuentes y su estudio se realizó durante los años 2017-2018-2019.

El periodo de revisión comprendió desde el año de la introducción en España de la denominada Atención Farmacéutica, en el siglo XX, con una retrospectiva muy interesante de sus orígenes en los Estados Unidos de América, para comprender como llegó a nosotros esa influencia.

Exponemos estudios imprescindibles para controlar a pacientes con Hipertensión, Diabetes, Asma, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), son estudios, de gran duración, realizados en farmacias de toda España (siempre voluntarias), para averiguar: reacciones adversas,

incompatibilidades, deshaderencias, sin ellos la terapéutica no podría avanzar.

#### Conclusiones.

En las Conclusiones destacamos, sobre todo lo correspondiente a nuestro Estudio de Caso centrado en el SPD y su utilización en ancianos polimedicados. La utilización tiene unos resultados excelentes, pero, concretar el precio es imposible, cada Comunidad Autónoma tiene su precio. Los propios pacientes son reacios a pagar, pues piensan debe entrar como los medicamentos en la Seguridad Social. Es urgente fijar un precio a este servicio e igualarlo en todo el territorio español.

También destacamos la escasa, o nula, colaboración de los médicos y la enfermería de Atención Primaria en recomendarlo a los pacientes diana.

Este servicio farmacoterapéutico presenta una eficacia en la adherencia del paciente a su medicación; socialmente es muy útil para los familiares o cuidadores que tienen a su cargo personas mayores polimedicadas.

## *SUMMARY*

### PHARMACY OFFICE, INTERVENTIONS TO IMPROVE ADHERENCE TO PHARMACOTHERAPEUTIC TREATMENT OF POLYMEDICATED PATIENTS. CUSTOMIZED DOSING SYSTEMS (SPD)

#### Introduction:

Professional practice in a pharmacy office makes you pose a series of attitudes, and the definition that the legislator issues about it puts you in the background: it is a health facility of private property and public interest, subject to the health planning established by the Autonomous Communities (General Health Law, 1986). As the owner of a private establishment, the pharmacist must be an entrepreneur and, that public interest will be directed by the public authorities who expect, from this pharmacist who owns a pharmacy office, who serves the group covered by Public Health with his professional quality (logical ) but with minimal profitability since he authorizes the retail price (RRP) of all drugs that require a prescription for dispensing, a price that is periodically revised downward, the introduction of generic drugs that the public powers match, indicating "the reference price"; the profit of that "company goes over that sale price to the public", in a percentage (%) that the State also indicates.

#### Research and Methods.

The research is directed under two types of study: Review Study and Case Study.

As for the pharmacy as a company, we collect its business and health commitments, including the ISO quality standards.

The main objective was to know and study the Pharmaceutical Assistance Services, how they were executed in the pharmacy office and if there was an economic compensation, at least to recover the investment that the owner of that pharmacy had made in material, tools and the score of the cost salary based on the time spent by the person responsible for carrying out this service. The review focused on the professional press dedicated to the pharmacy office to learn about the research programs carried out and those that were underway; since the final result of these services is preceded by a complex pilot project, long in time and with the involvement

of researchers, among which are the pharmacy offices that voluntarily agree to collaborate

The secondary objectives are: to know the professional pharmaceutical services that are established and those that have not been implemented with completed research. After knowing these data referred to above, at that time my interest was focused on knowing the results of the savings that we provide to the Administration and investigating why, it costs so much to get a negotiation.

The method used was to review an important number of publications to study Pharmaceutical Care for patients.

Finally, we focus on a service for patient adherence to their treatment indicated by the prescriber, called Personalized Dosing Service (SPD). This service helps to build loyalty as it is based on organizing the taking of medications, rigorously following the guidelines indicated by the prescriber. It is indicated, above all, to older people on polymedication, to patients, with cognitive problems, mobility difficulties, decreased abilities. The Standardized Work Protocol recommends that the doctor, the nurse, or the pharmacist himself / herself recommend it to their patients / clients who are involved in one of these situations. "Target patients".

To do this, carry out a field study to verify how the Personalized Dosing Service (SPD), with excellent results in patient loyalty in their treatment, was being confirmed in the day-to-day reality of pharmacy offices. I studied the implementation and results of this service in pharmacy offices, whose owners agreed to collaborate on the basis of friendship, they were friends of mine and, in mine; They were pharmacy offices in very different locations (only one rural, which provided us with interesting data); I know I didn't get a statistically significant number of pharmacies, but the situation gave me at the time. The search for sources and their study was carried out during the years 2017-2018-2019.

The review period ranged from the year the so-called Pharmaceutical Care was introduced in Spain in the 20th century, with a very interesting retrospective of its origins in the United States of America, to understand how that influence came to us.

We present essential studies to control patients with Hypertension, Diabetes, Asthma, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), they are studies, of great duration, carried out in pharmacies throughout Spain (always voluntary), to find out: adverse reactions, incompatibilities, disagreements, without them the therapy could not advance.

## Conclusions.

In the Conclusions we highlight, on especially what corresponds to our Case Study focused on SPD and its use in polymedicated elderly. The use

has excellent results, but specifying the price is impossible, each Autonomous Community has its price. The patients themselves are reluctant to pay, as they think it should enter Social Security like drugs. It is urgent to set a price for this service and match it throughout the Spanish territory.

We also highlight the scant, or non-existent, collaboration of Primary Care physicians and nursing in recommending it to target patients.

This pharmacotherapeutic service shows efficacy in patient adherence to their medication; socially it is very useful for family members or caregivers who are in charge of polymedicated elderly people.



## *1. INTRODUCCIÓN*

Si cierras la puerta a todos los errores, también la verdad se quedará fuera.  
Rabindranath Tagore (1861-1941). Premio Nobel de Literatura, 1913

## I .INTRODUCCIÓN

“El farmacéutico que lleva a cabo su labor asistencial en la oficina de farmacia, ahora llamada farmacia comunitaria, atiende a pacientes que provienen de diferentes eslabones del sistema sanitario (hospitales, ambulatorios, centros de salud, consultorios,) y a aquellos que utilizan el servicio “*motu proprio*”. Por tanto, trabaja junto a la población y, en muchos casos, es la vía de entrada al sistema sanitario.

En el acto profesional de atención al público que visita la oficina de farmacia, impera una fuerte tradición de interesarse por el estado de salud del paciente. No en vano la razón de la existencia de los profesionales sanitarios, y por ende de los farmacéuticos, es la mejora de la salud del ciudadano”.<sup>1</sup>

Estos párrafos que entrecomillamos, firmados por M. Terrón, M. García y M. Braun, fueron publicados en el año 2005, en la revista *El Farmacéutico* y en él aludían al contenido de la conferencia que bajo el título “Farmacia, sanidad y sociedad” diera en el Club Siglo XXI, el año 2003 Pedro Capilla, a la sazón presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.<sup>2</sup>

Nos hemos tomado la libertad de copiar su contenido pues pensamos que, en cierta medida, nos ayuda a desgranar el motivo de este trabajo.

### I. 1. CAMINO HACIA LA ACTUALIDAD

Pasados trece años, ahora cuando vemos publicados trabajos donde se reclama, para algunos estamentos laborales sanitarios, el seguimiento farmacoterapéutico del paciente tras la prescripción médica, como actividad propia, viendo su preparación curricular, no queda la menor duda de que no les capacita para ello.

---

<sup>1</sup> Terrón, R.; García, M.; Braun, B. 2005. “Atención Farmacéutica: justificación y descripción”. *El Farmacéutico*, Nº 338: pag.66. 2005.

<sup>2</sup> Capilla, Pedro. 2003. “Farmacia, sanidad y sociedad”. Conferencia pronunciada en Club Siglo XXI. En *Offfarm*. Vol 2. Nº 4: pags. 32-41, abril 2003.

En la enfermedad, el paciente tiene dos protagonistas: el facultativo en medicina, su médico, su prescriptor, le diagnostica la patología que le aqueja y le prescribe lo que considera más adecuado; el facultativo farmacéutico, el técnico del medicamento, que le entregará lo prescrito por su médico; al ser él, el técnico del medicamento, le recordará al paciente todo lo que debe saber para la correcta utilización de la medicación, vigilará para comprobar el desarrollo de su recuperación, solucionará sus dudas y si es preciso consultará con su médico. En definitiva, el farmacéutico asumirá su función, lo que debe hacer y ha hecho siempre, la ahora denominada: Atención Farmacéutica.

Por qué ahora, pretenden reivindicarlo otros profesionales, que nunca lo han realizado, ni les compete, ni están capacitados para ello, queriendo realizar un intrusismo flagrante.

Y por qué nosotros, cuando vamos a defender la atención farmacéutica en oficina de farmacia siempre indicamos, como justificación de lo que reivindicamos, cosas como “es que estamos a pie de calle”, “es que no hace falta pedir cita”, “es que también ofrecemos servicio 24 horas”. Pero, ¿qué más hemos hecho durante esos trece años?; pues algo tan difícil y aparentemente tan sencillo como es, ser su farmacéutico de cabecera, comprender que, en aquel momento, y sobre todo en determinadas zonas rurales o urbanas, los pacientes necesitaban que les explicases despacio y con detalle para qué les habían recetado ese medicamento (con mucho tacto), cómo y cuándo debía utilizarlo (con mucha claridad y amable insistencia), posibles efectos secundarios de los que ineludiblemente nos debía informar, seguíamos con mucha prudencia y profesionalidad su evolución y ante cualquier manifestación alarmante, derivarle a su médico.

El farmacéutico tenía en fichas y en su cabeza a todos sus clientes (bebés, jóvenes, ancianos, polimedicados, con patologías varias, con hábitos poco saludables...) y pensábamos tutelar al paciente en el presente y en su futuro del tratamiento terapéutico, sin reivindicar nada ni económica ni profesionalmente. Nadie en nuestro derredor manifestó algo ni dio problemas ante esta circunstancia (me refiero a los estatus sanitarios intermedios), era perfecto ese farmacéutico “todo terreno” que daba al paciente toda su ciencia y su conciencia.

Ahora, cuando ya somos conscientes de que debemos reclamar nuestro puesto en la cadena sanitario-terapéutica encontramos que los antaño “ausentes”, resulta que ellos eran los protagonistas y el farmacéutico le quiere, hoy, arrebatarse funciones.

En este trabajo queremos destacar el gran camino recorrido por los farmacéuticos arropados por sus Colegios Oficiales de Farmacéuticos, su Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, las Sociedades Científico Profesionales, las Universidades, los laboratorios farmacéuticos, pues así se consigue financiación para la formación acreditada en varios servicios profesionales, investigación para pilotar los resultados de esos posibles servicios, patrocinar Congresos, y reuniones varias donde poder exponer ideas, resultados, novedades y, sobre todo, guiados por una logística localizadora de ciudades donde celebrarlos, para que ayudase a llevar la imagen y función del farmacéutico de oficina de farmacia (Carpas de SEFAC) reivindicando su insustituible acción terapéutico-social y sea percibida y valorada por los ciudadanos.

Con este conjunto de apoyos externos el farmacéutico titular de oficina de farmacia y su equipo de colaboradores debemos trabajar para conseguir convencer a las autoridades sanitarias de los magníficos resultados en salud y economía revertidos a la sociedad y al erario público que se consiguen con esos servicios que esperamos poder acreditar para que se nos autorice su puesta en marcha y con una retribución a pelear.

Tal vez no lo hemos conseguido; ¿por qué?

Pues quizás hemos olvidado que ninguna profesión tiene razón de ser sin una misión que cumplir y que, cuando la misión se pierde la profesión desaparece.

Estoy en el año 2019 y he leído mucha información profesional correspondiente a un periodo en el que yo ya estaba totalmente incorporada a la oficina de farmacia, al tener que contarle me vinieron cantidad de recuerdos; y, cuando lo estoy terminando me viene a la memoria un recuerdo, pero de una lectura, de Alicia en el País de las Maravillas; Alicia pregunta:

¿Podría decirme que camino debo elegir para salir de aquí?

El Gato le contestó. Eso depende en gran medida de hacia donde quiera dirigirse.

Nosotros ¿Sabemos hacia donde queremos dirigirnos?

## **I. 2 UN TOQUE DE HISTORIA**

No olvidemos nunca que la Historia es recuerdo del pasado, testigo del presente y aviso del porvenir.

No nos cuesta nada imaginar (recordar), tres etapas del ejercicio en botica/oficina de farmacia.

En la primera y más antigua, es en la que se empieza a dibujar nuestra profesión llena de ciencia y de arte, pues en ella el boticario elaboraba los remedios (medicamentos) de manera artesanal, bajo la prescripción médica en la que tras los ingredientes, cantidades, forma farmacéutica deseada, el médico indicaba siempre *facere secundum arte*, que llegó a nuestras fórmulas magistrales en su abreviatura *f.s.a.* (hágase según arte).

En la segunda etapa, siglo XIX, la dividiremos en dos para nuestra progresión. La primera mitad nos ofrece la posibilidad de ver al boticario llegar a su independencia, consigue autonomía para su formación científica (Colegios de Farmacia) sus propias normas legislativas (Ordenanzas de Farmacia 1804).

En su segunda mitad, este siglo extingue al boticario y su botica para dar paso al farmacéutico y su oficina de farmacia. Sigue su preparación científica en las Facultades de Farmacia (desaparecen los Colegios de Farmacia) y el aspirante conseguirá su Licenciatura en Farmacia y grado máximo como Doctor en Química.

En lo profesional, esta segunda etapa será subsidiaria de los medicamentos industrializados, aumentando (como en la etapa anterior) la responsabilidad de dispensar y garantizar los máximos niveles de calidad posibles, pues debemos adquirirlos a Laboratorios Farmacéuticos garantes, conservados

en las condiciones que el producto precisa y, vigilando su fecha de caducidad.<sup>3</sup>

A mediados del siglo XX aparece la farmacia clínica en Estados Unidos, más introducida en el campo hospitalario que en la oficina de farmacia, pero también interesa al farmacéutico de oficina de farmacia, pues siempre tuvo el deseo de estimular el cuidado de la salud y trasladar el objetivo de su actividad desde el producto al paciente. La European Society of Clinical Pharmacy, definió la farmacia clínica como “la disciplina sanitaria que promueve el uso efectivo, seguro y económico de los medicamentos por parte del paciente y de la sociedad”.

Como veremos más adelante, en el apartado de la farmacia clínica, numerosos estudiosos del tema sintieron la necesidad de definirla y aunque todos coinciden en la esencia, utilizan otras palabras; aquí seleccionamos la de uno de los promotores y cultivadores de la clínica asistencial de los farmacéuticos (en opinión de los historiadores de la farmacia clínica), el farmacéutico americano G.N. Francke, que define el ejercicio de la farmacia clínica como “una práctica en la cual el farmacéutico utiliza su juicio profesional en la aplicación de las ciencias farmacéuticas, para fomentar la utilización segura y adecuada de los medicamentos en o por los pacientes, trabajando conjuntamente con los miembros del equipo del cuidado de la salud”.<sup>4</sup>

El resto del siglo supone el comienzo de nuestra actualidad. La industrialización afectará al farmacéutico de oficina llevándole a adoptar la actuación como profesional y como empresario con una fría y dura responsabilidad económica.

Nuestra actitud ante la farmacia clínica hará que en el acto de la dispensación cristalice un concepto que significa una actitud que siempre, desde los albores de nuestra profesión habíamos asumido, era nuestra y la habíamos realizado en grado máximo: el consejo farmacéutico.

A partir de ese momento la sociedad nos exigirá lo que siempre le habíamos proporcionado: procurar sus tratamientos farmacológicos, su educación sanitaria, forma de prevenir las enfermedades, resolución de

---

<sup>3</sup> Gómez Caamaño, J.L. 1986. *Páginas de Historia de la Farmacia*. (Sociedad Nestlé). Barcelona. 1986

<sup>4</sup> Herrera Carranza, Joaquín. 2003. “Farmacia Clínica. Cadena Terapéutica del Medicamento. Atención Farmacéutica”. En Herrera Carranza, Joaquín, *Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica*, Capítulo I, págs.:1-18. Madrid. ELSERVIER. 2003.

dudas dietéticas, higiénico sanitarias, aclaraciones correspondientes a sistemas terapéuticos complementarios.

Meditemos un poco, la oficina de farmacia, no existe como consecuencia de una licencia administrativa, existe por la decisión de un farmacéutico que, cumpliendo los requisitos que las leyes le imponen, crea con sus haberes, como todo empresario, un establecimiento que presta un servicio sanitario de primer orden y que a su vez supone una creación de riqueza. Esa licencia administrativa se da porque lo solicita un profesional muy cualificado, formado científicamente en una Facultad específica dentro de una Universidad: es el Farmacéutico.<sup>5</sup>

La inquietud que este hecho nos provoca, es algo que no debemos olvidar, ejercemos en un sector intervenido en el que el precio de los medicamentos, sus márgenes, nuestra actividad está en una parcela en la que la Administración tiene unas competencias que le permiten regular, un poco a su antojo, nuestro ejercicio profesional que es liberal como corresponde a un empresario que crea una empresa cumpliendo con la legalidad vigente, pero cuya libertad se difumina al estar en un sector donde el precio de las existencias que precisa para su función sanitaria de atención al paciente/cliente, está totalmente intervenido, su ubicación planificada, somos: Establecimiento Sanitario Privado de Interés Público Sujeto a la Planificación Sanitaria que establezcan las Autoridades Administrativas. Esta es la clave de alguno de los problemas.

El sector farmacéutico ha ido evolucionando adecuadamente para adaptarse a la actualidad del momento sorteando escollos, uno de ellos sus locales cuyo tamaño y configuración no ayudan a instalar servicios, tampoco la clientela hubiera respondido a unos servicios remunerados en todo o en parte por él, pues estaban pensando en recibir medicamentos financiados.

Nos debe interesar mucho conocer nuestro próximo pasado de la oficina de farmacia y cada uno de nosotros reconocer como ha cambiado casi todo ¿mejor?, ¿peor?, ¿perdimos el tren?, ¿no supimos encontrar medios para seguir al ritmo de los nuevos tiempos? .De momento pensemos en lo realizado, en ese ingenio para aportar ideas, avanzar en conocimientos y tecnologías; y, como el día de ayer para hoy ya es historia, intentemos que

---

<sup>5</sup> Suñé Arbusá,J.M.; Bel Prieto, E. 1994. *Legislación Farmacéutica Española. Décima Edición*. Barcelona. (Romagraf S.A.).1994.

cuando pase más tiempo, el mundo de la profesión que, no nos cansamos de repetir, es ciencia y arte del medicamento y esperanza de vida digna y saludable, opinen de la generación finisecular del siglo XX e iniciadora del siglo XXI, que con imaginación, audacia, bien hacer, supo dejarles un camino amplio susceptible de ensanchar más, un reconocimiento social susceptible de elevar más, un ambiente de ciencia óptimo susceptible de mejorar.

### **I. 3. ACEPTANDO UN COMPROMISO.**

Cuando en febrero de 2008 la revista *El Farmacéutico* en número Extra incluye una entrevista a Alberto García Romero como Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid y Presidente del Comité Organizador de las XII Jornadas Profesionales y V Internacionales de Medicamentos para el Autocuidado de la Salud y Parafarmacia, en la que le formulan la pregunta : “ Hace más de una década que el sector apostó por la re-profesionalización e impulsó el modelo de atención farmacéutica ¿ los pasos en esa dirección han sido todo lo amplios que se esperaba?, ¿en qué se han concretado?”, la respuesta de García Romero, hecha con la mayor naturalidad y el máximo realismo, empezó indicando: “ En un principio, el error fue elevar demasiado el listón de la atención farmacéutica. El diseño no era el adecuado para los farmacéuticos de aquel momento y, además, no se supo explicar convenientemente el modelo a los médicos, lo que provocó su rechazo.” Continúa sus explicaciones con una abrumadora sinceridad exponiendo la realidad. “En estos momentos, el Colegio está rediseñando un modelo de atención farmacéutica. El primer paso de este nuevo proyecto es el diseño de una herramienta informática gratuita que denominamos “Dispensación Asistencial”, que consiste en una aplicación realizada por el Colegio de Madrid, que se integra en los programas de gestión de las farmacias y se basa en tres niveles de consejo farmacéutico, a modo de semáforo: rojo, ámbar y verde. El rojo indica la necesidad de que el paciente reciba un consejo del farmacéutico sobre la utilización y las precauciones del tratamiento prescrito; el ámbar indicaría la discrecionalidad sobre la necesidad de consejo profesional; el verde, aunque siempre es conveniente aportar el consejo, indicaría que se trata de una dispensación sin ningún problema ni complicación. Soy consciente de que esta herramienta no es atención farmacéutica, pero que todas las



farmacias de Madrid lo utilizaran de una forma habitual sería un éxito muy importante, y la percepción de la población sería de un cambio generalizado en el servicio sanitario prestado por las farmacias. En estos momentos, contamos con 800 solicitudes, lo que podemos considerar un éxito”.

En esta misma entrevista le inquirieron a García Romero sobre la receta electrónica y él explicó su implantación en Madrid y a la pregunta “¿Existe el peligro de que los diferentes modelos iniciados por las comunidades autónomas provoquen un mapa con compartimentos estancos?”, García Romero respondió que para él la coordinación era imprescindible, indicaba que en ese momento cada comunidad había sido soberana en el proyecto lo que, a su manera de ver, había provocado una multiplicación del gasto, signo de una ineficiencia mayúscula; echaba de menos que el Ministerio y el Consejo General no tomaran la iniciativa y establecieran unos mínimos comunes que permitieran a los usuarios un fácil acceso a la medicación en todo el territorio español.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> García Romero, A. 2008. Entrevista publicada en *El Farmacéutico, edición Extra*: pags. 6-15. febrero 2008. Ediciones Mayo.

## *2. JUSTIFICACIÓN DE MOTIVOS PARA REALIZAR ESTE TRABAJO DOCTORAL.*

## **2. JUSTIFICACIÓN DE MOTIVOS PARA REALIZAR ESTE TRABAJO DOCTORAL.**

Estoy ejerciendo mi profesión en una oficina de farmacia que lleva 54 años prestando atención farmacéutica bajo la misma titularidad, ubicada en lo que (entonces) era un pueblo aledaño a Madrid, de nombre Villaverde, al que dividía la Carretera, denominada de Andalucía, en Villaverde Alto y Villaverde Bajo.

La farmacia se instaló en Villaverde Bajo, que, a su vez, dividía el ferrocarril en dos zonas la “de arriba de las vías” y la denominada “pasada la vía” donde se localiza la farmacia.

Esta zona tenía una Colonia, llamada “Los Rosales”; y muchas casas bajitas, que constituían el germen de esta parte del pueblo.

Los servicios que tenían eran escasos, entre ellos una Iglesia Parroquial y una farmacia que no duró ni un año pues la abrieron con un título prestado y fue cerrada por la Administración competente.

La siguiente farmacia, en la que ahora presto yo mis servicios profesionales, se instaló con la intención de atenderla durante 6 años (que era lo establecido legalmente entonces) y traspasarla para establecer otra en mejor ubicación.

Rodeaba este enclave una amplia zona industrial de rápido desarrollo que ofrecía grandes posibilidades de trabajo poco cualificado ya que ellos preparaban en los oficios que precisaban.

Lógicamente el barrio se fue llenando de trabajadores procedentes fundamentalmente de Extremadura, Andalucía y alguno de la provincia de Toledo. Esto supuso que, poco a poco se hicieran nuevas edificaciones, siempre de 4 pisos, menos una que hicieron de 6 pisos, a uno de cuyos locales trasladamos la farmacia, era la misma calle pero el local contiguo (calle Julia Solá 7 y el antiguo, Julia Solá 9).

En ese momento, ya se habían establecido otras dos farmacias y nosotros que ya no éramos “la farmacia de pasada la vía” volvimos a tener otra denominación “la farmacia de la casa alta”.

La unidad familiar que aportaban los primeros vecinos la componían: los abuelos, los padres, y los hijos que fueron aumentando en las familias jóvenes. El nivel económico era precario, y su instrucción bajo mínimos, lectura y escritura inexistente o nivel bajo, (excepto el marido del matrimonio joven, que sabían leer, escribir y algo de “números”, y decían, muy orgullosos, que lo habían aprendido en “la mili”).

La farmacia, para ellos era su segunda casa en la que encontraban colaboración y facilidades para todo.

En cuanto a que pudieran aclararse con la medicación, nosotros inventamos la clave de signos; un sistema muy fácil que solo necesitaba una caja de rotuladores y una mano amiga poniendo en el envase signos y colores para identificar a cada individuo de la familia estableciendo la categoría por la edad. Lo hacíamos igual con todos los que nos lo pidieran, pues así podían ayudarse mejor: si tenían que cuidar a los niños del vecino, ya sabían lo que era para cada uno.

Rápidamente se establecieron unas religiosas que ofrecían guardería e infantil (parvulario).

Las empresas de la zona industrial pagaban los sábados, y como las farmacias dábamos atención por la tarde aquello era un aluvión pues, a más de la atención ordinaria, venían los que tenían convenido pagos fraccionados; y los de lo “fiado”.

Al pueblo lo absorbió Madrid y pasamos a ser distrito y los servicios de guardia se distanciaron en el tiempo.

Todavía estábamos en la época amanuense de las farmacias, lo único mecanizado era la caja registradora (como en la nuestra). A los clientes/pacientes les tenías que dar por escrito todo lo perteneciente a la toma de la medicación insistiendo en lo pautado por el médico, y todo lo que precisaran para aclarar sus dudas. Las horas atendiendo en el despacho, eran interminables pues la farmacia suponía el lugar de desahogo de sus problemas, también esperaban consejo.

La Parroquia, las monjitas y la farmacia tuvimos que formar un trio organizado, sobre todo en los años de la droga.

Habían pasado, largos, los 6 años previstos para venderla, pero nos necesitaban tanto, no era inmodestia, era una realidad.

Ya se establecieron dos oficinas de farmacia más, pero el trabajo seguía siendo intenso, se prescribía mucha fórmula magistral (dermatólogos y pediatras que ajustaban la dosis de principio activo a edad, peso, tolerancia, del niño).

Hubo un momento que en el barrio muchas personas se pusieron en manos de homeópatas, yo realicé las prácticas tuteladas en la mejor farmacia homeopática que había, entonces, en Madrid, la de Sira Peña y aprendí muchísimo, llevaba el encargo de que “a la hija de una amiga se le enseña, se le exige y no se le consiente nada, debe salir bien formada”.

El interés del equipo de nuestra farmacia por la homeopatía no era otro que el que, según la titular: los medicamentos homeopáticos estaban legalmente reconocidos y, si el farmacéutico es el técnico del medicamento, debe conocerlos como conoce los alopáticos, debe saber aconsejar, hacer el prospecto de los que venían del laboratorio como fórmulas magistrales.

Nuestra pequeña biblioteca, tenía entonces, una Farmacopea Oficial Española (era su novena edición, año 1956, ahora en suscripción electrónica); un ejemplar del Formulario Nacional (en su primera edición, año 2003), varios textos de asignaturas de la Licenciatura, la USP en castellano, un Remingtón, un Martindale, uno en castellano, otro en inglés; y, en el “momento homeopatía”, tres libros de los laboratorios Boiron.

Cuando en el año 2002 alcancé la licenciatura en Farmacia no tenía ninguna duda de que mi vocación estaba en la oficina de farmacia máxime cuando al terminar mi estancia para conocer a los medicamentos Homeopáticos, o cuando menos entenderlos y saber aconsejar a los usuarios, no solo me enseñaron eso, también me ilusionaron al introducirme en los conocimientos de un sistema terapéutico poco habitual pero tremendamente interesante y legal. Cuando yo me incorporé teníamos 20 pacientes prescritos con medicamentos homeopáticos, en los años 2010-2011 se dio el golpe publicitario de homeopatía para niños y tuve que interesarme por conocer muchísimas composiciones de los productos para poder decidirme, al aconsejar en sus dudas.

También tuvimos que familiarizarnos con las nuevas técnicas diagnósticas, les prescribían la receta y orden médica con las siglas pertinentes sin comentar nada de la prueba (ni el especialista médico ni la enfermería) y allí estaba la farmacia, pues, además, siempre había un conocido del

paciente que estaba experimentado y le decía “te tumban y oyes unos ruidos”, total que venían con algo de ansiedad y tú le explicabas qué era una resonancia magnética, una tomografía axial computerizada, pruebas con contraste, y siempre diciéndole: que suerte tiene usted, le han mandado lo mejor y más nuevo; ellos se iban tranquilos y tú te habías dejado 45 minutos de tu tiempo. Nota importante: a coste 0.

Igualmente nos tocó por esta época, enseñar a manejar los aparatos para el autocuidado en la medición de la presión arterial y los niveles de glucosa con el consiguiente lio para el paciente; les habían facilitado los aparatos, pero indicaciones de uso, lo justo, sin tiempo a exponer dudas, y la recomendación “léase las instrucciones”, claro está que los prescriptores pensaban: ya tienen al farmacéutico para esto; la tensión lo aprendían rápido, pero para la glucosa las tiras reactivas y mucho más con los bolígrafos, estaban todo el día en la farmacia, otros 45 minutos a precio 0.

En ese momento me empezó a interesar leer bien las revistas y publicaciones profesionales que se recibían en la oficina de farmacia, para informarme de las opiniones que plasmaban: compañeros, asociaciones, órganos colegiales: como el Consejo General de Colegios Profesionales de Farmacéuticos, los propios Colegios Profesionales, ver qué interés demostraban por el devenir de la profesión, qué decidían, qué aconsejaban.

Al ser fuentes concurrentes en el tiempo, todas informaban, opinaban de los mismos temas, pero con un enfoque diferente, una sensibilidad o una apatía que conducían a la realidad presente.

Me di cuenta de que ni social, ni profesionalmente, teníamos establecido un rotundo reconocimiento de prestigio y buen hacer.

El quehacer diario lo tenía en Villaverde y, como toda farmacia de barrio ellos, tus pacientes/clientes se incorporan a tu familia y tú a la de ellos.

Ahora estamos sólo dos farmacias (la tercera fue traspasada y éstos se trasladaron a los dos años), sigue siendo uno de los distritos con los habitantes de menor poder adquisitivo de Madrid. Actualmente los

edificios son altos, con piscina común, pero sin locales, y, siguen siendo los pisos más económicos de toda la Comunidad.

Socialmente los niños van a guarderías, trabajan los padres, pero siguen los abuelos.

Si antes la Atención Farmacéutica consistía en explicarles el medicamento, ayudarles en organizar su salud, recomendarles evitar ciertas posturas en los trabajos domésticos, alimentos, higiene. Ahora la atención farmacéutica consiste en deshacer los errores que tienen. Toda revista de entretenimiento que se precie, contiene consejos nutricionales, terapéuticos, informan de la bondad o peligro de determinados principios activos, citados con su auténtica denominación; llegan a la farmacia con unos prejuicios sólidamente establecidos y has de informar seriamente de qué productos son poco solventes y que apreciaciones son erróneas.

Ahora aconsejar es más difícil, tienes que convencerles tanto en medicamentos de libre dispensación, como en productos dermatológicos, dietética, etc., de los errores que tiene esa información que han recibido.

También nos espera la Atención Farmacéutica de nuestros pacientes de siempre, mucha tercera edad, mucha soledad. ¿cómo vas a ser capaz de vender la farmacia, !!con lo bien que se venden ahora!!, si son tu “gente “de siempre?, la nueva titularidad no sabría de sus patologías superadas (su historia clínica no sueles conseguirla), de su psicología, de los problemas solucionados pero que dejan marca. Realmente necesitan su farmacéutico y sería cruel dejarlos así. No es una farmacia con la que te hagas millonario (tampoco eres vec), lo sabíamos desde que nos establecimos, pero también sabemos que no es más rico el que más tiene, sino el que menos necesita.

En estos años que llevo trabajando he podido conocer la labor, en todos los sentidos, que realiza el equipo de una oficina de farmacia, y la consideración que tenemos entre los profesionales sanitarios (médicos, enfermería), la Administración Sanitaria de Ministerio hacia abajo ¿qué opinión tienen de la oficina de farmacia?,¿cómo la valoran?,¿cómo colaboran?,¿qué opinan de nosotros?,¿cómo nos valoramos nosotros mismos? ¿qué opinión tenemos nosotros de nosotros mismos?

Me he interesado por saber cómo opinaban los propios implicados y lo que proponían hacer en sus oficinas de farmacia para conocer “tal como éramos”, discutir el “tal como somos”, y poder vislumbrar “cómo seremos”.

Intentando siempre encontrar el equilibrio de lo que el legislador nos ha denominado: “establecimiento sanitario de propiedad privada y de utilidad pública, sujeto a la planificación sanitaria que la Comunidad Autónoma establezca” o sea, esta mitad “de utilidad pública” hace que nuestra actuación sea una actuación totalmente reglamentada; “de propiedad privada”, esta propiedad supone que tengo una empresa y, como todo empresario, asumo los gastos y espero los beneficios. Por si nos queda alguna duda, el carácter de empresa mercantil de la oficina de farmacia nos lo confirmó el Tribunal Supremo (TS) en sentencia de 26 de febrero de 1979, afirmando que en la oficina de farmacia se realiza, en establecimiento abierto, una actividad comercial.<sup>7</sup>

En este inicio de mi investigación, deseo encontrar, con los comentarios e ideas expresadas en la prensa profesional por mis compañeros y por personas especialistas, unido a la labor de “campo” que me ofrece mi trabajo profesional actual, aportar luces en situaciones ahora sombrías.

---

<sup>7</sup> Ley 16/1997 de 25 de abril, de Regulación de Servicio de las Oficinas de Farmacia que, en los términos recogidos en la Ley 14/1986, General de Sanidad, y la Ley 25/1990 de 20 de diciembre Del Medicamento, define la Oficina de Farmacia : Establecimiento Sanitario Privado de Interés Público, sujeto a la planificación sanitaria de la Comunidad Autónoma.

Cf. Alegre Pérez, M<sup>a</sup> Esther. 1998. “La Oficina de Farmacia como Empresa”. En Amado Guirado, Jordi; Alegre Pérez, M.ª Esther; Bel Prieto, Elvira. *Gestión Empresarial Farmacéutica*. Cap.III: 61-93. Valencia, 1998. Editorial CISS, S.A.

Cf. Internet, Jurisprudencia STS 61/1979, 26 de febrero de 1979. [Supremo.vlex.es/vid/-76687475](http://Supremo.vlex.es/vid/-76687475) (consultado 05/05/2017)



### *3. JUSTIFICACIÓN DEL MÉTODO DE ESTUDIO*

### 3. JUSTIFICACIÓN DEL MÉTODO DE ESTUDIO

Para realizar la investigación que nos proponíamos al llevar a cabo este trabajo doctoral, hemos utilizado un “estudio de revisión” y un “estudio de caso”.

Según la Real Academia Española en la vigésima edición de su Diccionario de la Lengua Española ofrece tres interpretaciones de “revisar”: 1, Ver con atención y curiosidad; 2, Someter algo a nuevo examen para corregirlo, estudiarlo o, repasarlo; 3, Actualización, poner al día.<sup>8</sup>

Un trabajo de revisión es considerado como un estudio detallado, selectivo y crítico que integra la información esencial en una perspectiva unitaria y de conjunto.

La revisión es un tipo de trabajo científico que sin ser original recopila la información más relevante sobre un tema específico. La revisión se puede reconocer como un estudio en sí mismo, en el cual el revisor tiene un interrogante, recoge datos sobre un tema (puede estar en artículos previos), los analiza y extrae una conclusión.

La diferencia fundamental entre una revisión y un trabajo original o estudio primario, es la unidad de análisis, no los principios científicos que aplican.

El objetivo fundamental del trabajo de revisión intenta identificar qué se conoce del tema, qué se ha investigado y qué aspectos permanecen desconocidos.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> *Diccionario de la Lengua Española*, 2014, Edición Tricentenario, 23 Edición 2014, Cf. Nueva Edición del Diccionario de la Lengua Española (DEL.1) electrónica actualizada, diciembre 2017. (última consulta, 03/02/2018)

<sup>9</sup> Guirao-Goris, J.A.; Olmedo Salas, A.; Ferrer Ferrandis, E. 2008. “El artículo de revisión”. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 1, 1, 6. Disponible en Cf. <http://revista.enfermeriacomunitaria.org/articuloCompleto.php?ID=7>.

Nuestra tarea ha tenido el propósito de ofrecer los trabajos revisados, exponiendo, comentando, dando ideas propias sobre el monto de la opinión en general, comentar el día a día de la oficina de farmacia a lo largo del tiempo, para intentar aclarar si se tomaron decisiones poco útiles en las que se sigue insistiendo, si se ha conseguido algo definitivo o estamos, aún, a mitad del camino.

Hemos intentado ser útiles, proporcionar un punto de partida para que los sucesivos investigadores indagasen, quizás, en áreas nuevas para ofrecer, con la mayor certeza posible, el mañana de la oficina farmacia, no lo dejemos en “el futuro”.

Dentro del estudio de revisión, también encuadramos nuestra investigación en el concepto de “estudio de caso”, puesto que adoptamos un procedimiento metodológico para abordar un inter/sujeto/objeto de estudio.

Del Latín “casus”: suceso, acontecimiento // casualidad//lance ocasión//.

En la bibliografía consultada para conocer mejor un estudio de caso, nos remitieron a Lexipedia – red semántica visual en línea con funcionalidad de Diccionario y Tesisaurus – que define “caso” como “asunto de que se trata o que se consulta// en medicina paciente con especie patológica individualizada// en epidemias, cada invasión individual// clínico cualquier proceso individual, especialmente no habitual”<sup>10</sup>.

Para tener un mejor ámbito de comprensión sobre el concepto de Estudio de Caso sería necesario reconocer el aporte que a su definición nos proponen las ciencias sociales.

Consultando el trabajo de Sergio Alfaro Diaz de Salas y otros colaboradores, titulado “Una guía para la elaboración de un Estudio de Caso”, en esta situación nos indica “El estudio de caso suele considerarse como instancia de un fenómeno, como una parte de un grupo de instancias paralelas”; para prepararnos en este tema hemos tomado como guía el

---

<sup>10</sup>Cf. Disponible en internet:[www.razonypalabra.org.mx/N/N75/varia\\_75/01\\_DIAZ\\_v75.pdf](http://www.razonypalabra.org.mx/N/N75/varia_75/01_DIAZ_v75.pdf). (fecha de consulta, julio/2017).

trabajo de los autores: Alfaro Díaz de Salas, Sergio; Mendoza Martínez, Víctor Manuel; Porras Morales, Cecilia Margarita. 2011. “Una guía para la elaboración de un Estudio de Caso”.<sup>11</sup>

En el mismo texto leemos que para los diccionarios especializados de educación, el estudio de caso es una técnica o instrumento amplísimamente utilizado en las ciencias humanas, en las que tiene una doble utilidad: para el aprendizaje de la toma de decisiones y como una modalidad de investigación.

Desde una perspectiva metodológica, el estudio de caso es un paradigma científico y de investigación que comienza a ser una vía muy importante para la realización de diseños que por su validez pueden ser incluidos dentro de los denominados estudios cuasi experimentales.

Tras recoger, en nuestra investigación, con el método de revisión, la más variada información sobre numerosos temas, decidimos que era el momento de iniciar el estudio de “caso” centrándolo siempre en Atención al Paciente; SPD; Mayores Polimedicados; y Colaboradores Externos.

El investigador, en contacto directo y prolongado con la realidad estudiada, requiere herramientas heurísticas – capacidad de un sistema para realizar de forma inmediata innovaciones positivas para sus fines – para detectar cambios y movimientos que sufre esa realidad. El investigador juega un papel temporal en el contexto de la investigación (mientras dure la investigación) pero, pese a esa temporalidad, surge un problema del que quizás no hemos sabido sustraernos del todo, es que el investigador puede tender a implicarse en exceso en las cuestiones que investiga. El volumen de datos recogidos suele ser muy amplio y difícil de reducir, en ese momento, no es fácil lograr el equilibrio entre la visión microscópica y la macroscópica.

---

<sup>11</sup> Cf. Localización: Razón y palabra, ISSN-e 1605-4806 N° 75, 2011, pdf. (consulta,julio,2017)

Cf. Teto completo: Dialnet, pdf. (consulta, julio 2017)

En la Discusión de la Tesis pretendemos ofrecer opiniones que faciliten caminos, que resuelvan situaciones, debatir actuaciones interpretables, enfocar los problemas, si es posible.

#### *4. ATENCIÓN AL PACIENTE / ATENCIÓN FARMACÉUTICA*

## 4. ATENCIÓN AL PACIENTE/ATENCIÓN FARMACÉUTICA

Bajo esta denominación entendemos esté incluida toda actuación profesional responsable encaminada a centrar nuestro interés e inquietud en el paciente.

Un epígrafe tan interesante, donde cabe todo lo que pueda englobar la relación farmacéutico, paciente, medicamento, no sólo circunscrito a la oficina de farmacia sino a todo lo que legalmente une a estos profesionales con los pacientes que utilizan medicamentos. Esta proyección tan amplia nosotros la circunscribiremos a unas parcelas de lo que supone Oficina de Farmacia/medicamento/paciente, atención farmacoterapéutica en oficina de farmacia.

### 4. 1. ATENCIÓN FARMACÉUTICA

En este trabajo nos ceñiremos a la oficina de farmacia buscando su enfoque y medida a lo largo del tiempo, tomando como fuente la prensa y otras publicaciones fundamentalmente profesionales para conocer, desde el punto de vista de sus protagonistas, su evolución y fundamentos.

El conocimiento de que los medicamentos pueden producir efectos secundarios, es tan antiguo como la utilización de sustancias consideradas medicinales. Realmente, toda medicación tiene un riesgo y se sostiene determinando la relación beneficio/riesgo, pero esto no es así de sencillo porque, ese medicamento utilizado en un paciente concreto y en unas condiciones determinadas hará que la relación beneficio/riesgo sea o no aceptable.

En este punto la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>12</sup> definió como reacciones adversas a medicamentos (RAM) a las respuestas nocivas y no intencionadas que ocurren en el hombre, con los medicamentos utilizados

---

<sup>12</sup> Yetano Laguna, Javier; Alberola Cuñat, Vicent. 2003. *Diccionario de Siglas Médicas y otras abreviaturas, epónimos y términos médicos relacionados con la codificación de los usos hospitalarios*. Ministerio de Sanidad y Consump. 2003

normalmente para la profilaxis, diagnóstico o terapéutica de la enfermedad, o para la modificación de una función fisiológica.

#### 4. 2. SITUACIONES PREVIAS

Para averiguar si los medicamentos son seguros y eficaces, los ensayos clínicos son la garantía, pero el paso del tiempo ha demostrado que la utilización del medicamento conlleva un riesgo, aunque, por el contrario, la no utilización conduce a la progresión de la enfermedad. De estos considerandos surgió el concepto de morbilidad relacionada con los medicamentos, y empieza a considerarse todos los tipos posibles de resultados negativos de medicación (RMN) intuyéndose que debían realizarse estudios profundos para poder prevenir esa morbilidad.

Estudios realizados en Europa y en EEUU entre los años 1986 y 1996 cuantificaron que era la causa del 3,2% de ingresos hospitalarios.

Se empezó por definir morbilidad relacionada con medicamentos (MRM), que fue definida como “la incidencia y prevalencia de la enfermedad asociada a la terapia con medicamentos” y también como “un aspecto de la necesidad social que orienta la filosofía de la atención farmacéutica”.<sup>13</sup>

A partir de aquí se suceden las definiciones; casi todos los trabajos están escritos en inglés y consecuentemente se adoptan siglas que en español conducían a traducciones dudosas, finalmente se decidió que todos estos conceptos podían incluirse en una sola denominación: “error de medicación (EM)”. Esta situación dio lugar a numerosos estudios dentro y fuera de España.

---

<sup>13</sup>Rodríguez, M Belen, 2011. *Diseño, Implantación y Análisis de un modelo para la Gestión del Seguimiento Farmacoterapéutico en una Farmacia Comunitaria*. Tesis doctotal. Facultad de Farmacia. Departamento de Farmacología. Universidad de Santiago de Compostela. 2011



El tratamiento de las enfermedades (terapéutica) comprende el conjunto de medidas cuyo fin es eliminar el agente causal (tratamiento etiológico) mejorar la evolución y disminuir las manifestaciones clínicas (tratamiento sintomático), normalmente la finalidad del tratamiento es mixta: etiológico y sintomático.

La prescripción es una competencia y facultad médica que se efectuará a través de la receta médica y órdenes hospitalarias de prescripción, ambas en sus distintas modalidades dependientes de su grupo de clasificación terapéutica (ordinaria, psicótropo, estupefaciente), y de la organización y regulación de la asistencia sanitaria. (Sistema Nacional de Salud; Servicio de Salud Autonómico; compañías de seguros) y necesidades de los enfermos (ambulatorios, hospitalizados).

Esta situación (prescripción) compartida por médico y paciente constituye la última etapa de su relación (médico-paciente) iniciada con el diagnóstico. De esta relación depende en buena medida el grado de cumplimiento de la prescripción y, por tanto, el éxito o fracaso de las medidas terapéuticas.

Actualmente disponemos de numerosos medicamentos que no requieren prescripción médica (legalmente autorizados sin receta) dispensados a solicitud del paciente, y medicamentos de indicación farmacéutica (qué me recomienda para...). Estos medicamentos, generalmente utilizados para “síndromes menores”: procesos autolimitados que no requieren de diagnóstico médico. El papel y actividad del farmacéutico en esta situación tiene un importante cometido sanitario.

#### **4. 3. LA FARMACIA CLÍNICA, CATALIZADOR DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA.**

La atención farmacéutica tuvo su efecto catalizador en la práctica hospitalaria con la denominada Farmacia Clínica.

El inicio de la farmacia clínica se remonta a los años sesenta del siglo pasado (XX) como una innovadora concepción o filosofía de la farmacia, orientada hacia el paciente en respuesta a un proceso natural evolutivo en el desarrollo de su profesión; fue protagonizado por farmacéuticos de EEUU, con visión de futuro en relación a la posibilidad y utilidad de la aplicación de sus conocimientos científicos.

En España, uno de sus principales promotores, J. Bonal de Falgàs consideraba que, en síntesis, la misión básica de la farmacia clínica consistía en “promover el uso efectivo, seguro y económico de los medicamentos”.<sup>14</sup>

La razón de ser, en ese momento, de la farmacia clínica, consistía en una modalidad de ejercicio profesional farmacéutico dirigido a la utilización racional de los medicamentos por parte de los pacientes y a la toma de decisiones terapéuticas, en materia de medicamentos por parte de los profesionales de la salud.

La Sociedad Europea de Farmacia Clínica la definió en 1983 como “disciplina sanitaria que promueve el uso efectivo, seguro y económico de los medicamentos por parte del paciente y de la sociedad”, muy parecido a lo manifestado por Bonal de Falgàs.

En la Historia de la farmacia clínica encontramos muchas definiciones, todas propuestas en el sentido de una mayor implicación clínica asistencial de los farmacéuticos desde una primera definición, G.N.Francke: “una práctica en la cual el farmacéutico utiliza su juicio profesional en la aplicación de las ciencias farmacéuticas, para fomentar la utilización segura y adecuada de los medicamentos en o por los pacientes, trabajando conjuntamente con el equipo del cuidado de la salud”; se considera a G.N. Francke, como el farmacéutico americano que fue promotor y cultivador de la farmacia clínica.

De sucesivas definiciones consideramos que la esencia de su razón de ser, consistía en ofrecer una modalidad de ejercicio profesional farmacéutico

---

<sup>14</sup> Bonal de Falgàs, Joaquín, 1969. “Información farmacológica, misión fundamental del farmacéutico de Hospital”. *UNIFARMA*.1969; 8: 290-3

dirigida a la utilización racional de los medicamentos por parte de los pacientes y la toma de decisiones terapéuticas por parte de los profesionales de la salud.

Joaquín Herrera Carranza en el *Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica*, publicado en el año 2003 nos ofrece unas interesantísimas informaciones en su extenso contenido, centrando nuestra curiosidad e inquietud sobre cualquier punto de farmacia clínica y atención farmacéutica que abarque hasta 2003, año en que publica este Manual.

En su prólogo indica que evidentemente sin el antecedente del desarrollo y puesta en práctica de la farmacia clínica en los hospitales (década de los 70), nunca se hubiera llegado a plantear la necesidad de extender el concepto de servicio farmacéutico para que fuese más allá de la simple dispensación de medicamentos. La farmacia clínica abrió un nuevo marco de trabajo y de ejercicio profesional, a la oficina de farmacia, hacia una intervención farmacéutica orientada al paciente. Con la introducción del concepto de farmacia clínica, indica, los farmacéuticos empezamos a responsabilizarnos de cómo se utilizan los medicamentos en los pacientes, y con ello cambiar nuestra orientación profesional considerando que lo importante es el paciente como sujeto que consume los medicamentos y puede sufrir problemas de salud relacionados con el fármaco.

La farmacia clínica se había desarrollado, principal y casi exclusivamente, en los hospitales, donde la relación médico-farmacéutico era más fluida y el desarrollo de la farmacia clínica logró cambiar el concepto que se tenía de la farmacia hospitalaria hasta los años 60.

Pero la farmacia clínica tuvo escaso eco entre los farmacéuticos de oficina de farmacia, esta falta de respuesta en los farmacéuticos de oficina de farmacia motivó que algunos farmacéuticos se plantearan estrategias para lograr que se asumiera una mayor responsabilidad en el tratamiento fármaco-terapéutico de los pacientes.

Por otra parte, como el gran consumo de medicamentos en la población no se estaba produciendo entonces en los hospitales, tanto en términos de la aportación que los farmacéuticos de oficina de farmacia realizasen para mejorar el buen uso de los medicamentos, tuviese una repercusión evidente en la salud de la población y unos beneficios cuantificables para los sistemas de salud, era indispensable que hubiera más farmacéuticos implicados en la práctica de la atención farmacéutica.<sup>15</sup>

#### **4. 4. FARMACÉUTICO/ MEDICAMENTO/ PACIENTE. ATENCIÓN FARMACÉUTICA**

El progresivo desarrollo de la farmacia clínica proporcionó a los farmacéuticos los conocimientos y las habilidades necesarias para cooperar con otros sanitarios con el fin de mejorar los resultados del uso apropiado de los medicamentos en los enfermos. Así nos introdujimos en la Atención Farmacéutica.

Conozcamos ahora, algunos aspectos del inicio y evolución histórica de la atención farmacéutica desde sus orígenes en Norteamérica hasta el consenso de los farmacéuticos españoles.

Los antecedentes más remotos de la atención farmacéutica, traducción libre del término “Pharmaceutical Care”, se encuentra en dos autores norteamericanos, en 1966, D.C. Brodie proponía, en una ponencia titulada “El reto de la farmacia en tiempos de cambio”, el término “control de utilización de medicamentos”, definiéndolo como “el sistema de conocimientos, entendimiento, juicios, procedimientos, habilidades,

---

<sup>15</sup> Herrera Carranza, Joaquín. 2003. “Cadena terapéutica del medicamento.Farmacia Clínica. Atención Farmacéutica”. En Herrera Carranza, Joaquín. *Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica*.Cap.I Pags.: 1-18. EL SERVIDER. Madrid. 2003.

controles y ética que garantizan la seguridad óptima en la distribución y uso de la medicación”.

En 1975 R.L. Mikeal y col. defendieron la atención farmacéutica, como “la atención que un paciente concreto requiere y recibe que garantiza el uso seguro y racional de los medicamentos”.

En 1980, nuevamente Brodie y col. consideraron que la atención farmacéutica incluye la determinación de las necesidades de los pacientes.

La expansión y evolución de la farmacia desde la farmacia clínica a la atención farmacéutica fue estudiada y debatida profundamente durante la “Conferencia sobre instituciones para la práctica de la farmacia clínica”, en ese evento, nos comenta Joaquín Herrera en el primer capítulo de su libro *Cadena terapéutica del medicamento. Farmacia clínica. Atención farmacéutica*” (2003), que C. D. Hepler esbozó las líneas maestras de una nueva filosofía profesional farmacéutica, a la que posteriormente denominó “Pharmaceutical Care” y cuyo fundamento consistía en la detección, prevención y reducción de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).<sup>16</sup>

En abril del año 2000, en la Revista del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, denominada *farmacéuticos* encontramos un nuevo epígrafe Atención Farmacéutica, y un título “Proyección de futuro para el farmacéutico”. Iniciaba su información destacando, en letra cursiva “La Organización Farmacéutica Colegial ha constituido un grupo técnico para avanzar en la concepción y desarrollo de la Atención Farmacéutica (AF). Desde el Consejo y los Colegios se vienen impulsando estos trabajos técnicos con el objetivo de liderar en nuestro país una de las actividades de mayor proyección de futuro para el Farmacéutico”.

La información continúa explicándonos que ese grupo técnico había tenido su origen en la reunión del área de Atención y Prestaciones Farmacéuticas del Consejo General el día 13 del mes de diciembre del año 1999, en la que

---

<sup>16</sup> Herrera Carranza, J. 2003. “Cadena terapéutica del medicamento. Farmacia clínica. Atención farmacéutica”. En Herrera Carranza, J. *Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica*. Cap.I: 1-18. 2003. ELSERVIER. Madrid

había abordado la situación de la Atención Farmacéutica en España “y la necesidad de impulsarla para que se inicien en esta práctica el mayor número de farmacéuticos posible”.

Una de las directrices se centró en la necesidad de disponer de un “proyecto asumible” por la mayoría, huyendo de otros más complejos y restrictivos. Indicaba como aspectos muy importantes “formación y capacitación” “una adecuada formación continuada de los profesionales”.

El párrafo siguiente es muy interesante: “Se considera que la Atención Farmacéutica debe pivotar sobre la correcta asistencia sanitaria y la documentación de las actuaciones profesionales, evitando injerencias con el trabajo del médico, al que habrá de complimentar sin establecer puntos de colisión entre ambas profesiones”.<sup>17</sup>

Tal vez cree extrañeza esta advertencia; se puede aclarar, a lo largo de 1999 hubo muchas novedades para el farmacéutico de oficina de farmacia: medicamentos genéricos; posibilidad legal de que el farmacéutico ante la prescripción de un genérico por parte de un facultativo médico y no tener existencia de ese genérico fabricado por ese laboratorio, la ley facultaba al farmacéutico a dispensar una presentación bioequivalente y exactamente igual a efectos terapéuticos y forma farmacéutica, generándose una reacción del colectivo médico tildando de intrusos a los farmacéuticos.

En mayo de 1999, la revista *farmacéuticos* en su Sección “Panorama de actualidad”, incluía un artículo “Rechazo a las acusaciones de intrusismo de la OMC”, iniciaba el contenido informando “El presidente del Consejo General, Pedro Capilla, y el presidente del Colegio de Madrid, José Enrique Hours, han salido al paso de las manifestaciones de la Organización Médica Colegial (OMC) que el pasado 2 de abril acusaron de “intrusismo” a los farmacéuticos al tiempo que negaban su capacidad de sustitución de fármacos que la ley les reconoce”.

En la sede del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, el día 13 de abril, 1999, comparecieron en rueda de prensa el presidente de Consejo y el del Colegio, destacando lo erróneo de las afirmaciones de la OMC.<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> Cf. “Atención farmacéutica. Proyección de futuro para el farmacéutico.” En *farmacéuticos*, Nº 240: pag. 26, abril 2000

<sup>18</sup> Cf. “Rechazo a las acusaciones de intrusismo de la OMC”. En *farmacéuticos*, Nº 230: pag.6, mayo 1999.

En España, la traducción, del término Pharmaceutical Care como Atención Farmacéutica, causó gran confusión entre los distintos profesionales que trabajaban en la Farmacia Asistencial. Ante la falta de acuerdo sobre este concepto, en el año 2001, la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo publicó un Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica realizado por el “Grupo de Expertos 2001”, donde la Atención Farmacéutica se sustentaba en tres pilares diferentes:

1. Dispensación Activa.
2. Consulta de indicación farmacéutica.
3. Seguimiento farmacoterapéutico del paciente.

Siguiendo con el desarrollo estadounidense, en 1987 C. D. Hepler describió Pharmaceutical Care como “una relación adecuada entre un paciente y un farmacéutico, en la que este último realiza las funciones de control del uso del medicamento basándose en el conocimiento y el compromiso respecto al interés del paciente”. En 1990, Hepler y Strand publicaron un interesantísimo artículo (en opinión de Herrera Carranza) “Opportunities and responsibilities in Pharmaceutiucal Care”, en el que establecían las bases definitivas de la misma. Estos autores partiendo de una reflexión, proponen una definición; la reflexión “La atención farmacéutica es aquel componente del ejercicio profesional de la farmacia que comporta la acción directa del farmacéutico con el paciente a fin de atender las necesidades de este en relación con los medicamentos”, la definición “atención farmacéutica es la provisión responsable del tratamiento farmacológico con el propósito de alcanzar unos resultados que mejoren la calidad de vida del paciente”.

Mientras tanto en España, en 1987, se crea La Red Española de Atención Primaria (REAP) con el fin de potenciar la colaboración de los agentes de la salud que atendían a los pacientes a nivel de la atención primaria.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> López Coello, M.; Cabezas, M.D.; Martinez.Martinez, F.; Gastelurrutia, M.A. “Origen de la atención farmacéutica en España”. En Congreso de Ciencias Farmacéuticas. Alcalá de Henares, 1995. *Ars Pharmaceutica*. 2010;51. Suplemento 3:15-21.



La Ley 25/1990 de diciembre de 1990, del Medicamento, en el Capítulo tercero dedicado “al uso racional de medicamentos en la atención primaria (AP)”, establece en su art. 87 que las funciones que garantizan el uso racional del medicamento en la atención primaria son:

- Información sobre la medicación a los pacientes, seguimiento de los tratamientos y fármaco vigilancia.
- Impulso y participación en la educación de la población sobre medicamentos, su uso racional y la prevención de su abuso.
- La dispensación de medicamentos a los pacientes por un farmacéutico o bajo su supervisión, con plena responsabilidad profesional y de acuerdo con la prescripción o según las orientaciones de la ciencia y arte farmacéutico en el caso de los autorizados sin receta, informándoles, aconsejándoles, e instruyéndoles sobre la correcta utilización.

Esta Ley en el capítulo quinto, art.97, indica a las oficinas de farmacia que por ser un establecimiento de carácter sanitario están obligados a colaborar con los fines prescritos en esa Ley, garantizando el uso racional de los medicamentos. Entre las obligaciones que atañen al farmacéutico, están la información, dispensación e indicación al paciente; se implica activamente al profesional a la hora de ofrecer consejos, vislumbrándose las bases de una Atención Farmacéutica, sin esa denominación y evidentemente, sin definición<sup>20</sup>.

Las Comunidades Autónomas empiezan a implantar sus leyes de Ordenación Farmacéutica, siendo la primera la de Cataluña a través de la Ley 31/1991, de 13 de diciembre de 1991 de Ordenación Farmacéutica de Cataluña (BOE, 06-02-1992), también es en la que por primera vez se introduce el término atención farmacéutica, especificando en su Art.1º en qué niveles debía de ejercerse y en el Art.2º las funciones, indicando la colaboración con la administración sanitaria de la corporación farmacéutica en: formación e información dirigidas al resto de profesiones sanitarias sobre el medicamento, e información a los usuarios del sistema sanitario sobre el uso correcto del medicamento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1993 emitió un informe sobre atención farmacéutica: “La atención farmacéutica es un concepto de

---

<sup>20</sup> Ley 25/1990 de 20 de diciembre de 1990, del Medicamento. BOE, 22-12-1990; 306:38241-38242.



práctica profesional en el que el paciente es el principal beneficiario de las acciones del farmacéutico, Es el compendio de las actitudes, los comportamientos, los compromisos, las inquietudes, los valores éticos, las funciones, los conocimientos, las responsabilidades, las destrezas del farmacéutico en la prestación de la fármaco-terapia, con objeto de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud y la calidad de vida del paciente”.

Ese mismo año (1993) la Sociedad Americana de Farmacia Hospitalaria, definió la atención farmacéutica como “la provisión directa y responsable de asistencias relacionadas con los medicamentos con el fin de conseguir resultados definidos que aumenten la calidad de vida del paciente”.

Para esta práctica indicaba se requería de un profesional con experiencia en el empleo de los medicamentos (farmacéutico) que fuese el responsable de los resultados fármaco-terapéuticos de los pacientes, consiguiendo los objetivos terapéuticos deseados y con el menor riesgo de efectos secundario y adversos; por tanto, la atención farmacéutica mejora los resultados, pues asegura el uso de los medicamentos más efectivos y eficientes.

En 1994 se crea una red europea bajo la denominación Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) para coordinar proyectos de investigación en Atención Farmacéutica (AF). Reuniendo expertos e instituciones de países europeos y de Estados Unidos para impulsar la investigación en Atención Farmacéutica.

La primera asociación farmacéutica profesional española es registrada en 1994 por parte de un colectivo de farmacéuticos de la provincia de Jaén con el nombre de Asociación de Farmacéuticos Comunitarios (FACOAS) cuyos fines, entre otros, eran promover la formación continuada de sus miembros, el uso de la farmacia clínica en la farmacia comunitaria, promover la investigación en farmacia práctica.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Herrera Carranza, J. 2003. “Cadena terapéutica del medicamento. Farmacia clínica. Atención Farmacéutica”. En Herrera Carranza, Joaquín. *Manual de Farmacia Clínica. Atención Farmacéutica*. Cap.I, Pág.:1-18. ELSERVIER. Madrid. 2003.

Cf. Ley 11/1994, de 17 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco. BOPV, 15-07-1994, 135 ZK, artº. 2.

También ese año 1994 se va a promulgar la Ley 11/1994, de 17 de junio de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco, que en su art.2, define Atención Farmacéutica como el “servicio de interés público comprensivo del conjunto de actuaciones, tanto en el ámbito asistencial como de salud pública, que deben prestarse, en las condiciones que se establecen en la legislación vigente, por profesionales sanitarios, bajo la responsabilidad de un farmacéutico en los establecimientos y servicios farmacéuticos”. Las funciones que ha de cumplir la oficina de farmacia figuran en su art.5, donde se hace referencia a la obligación de dispensar, informar, prestar consejo farmacéutico y realizar un seguimiento de los tratamientos a los pacientes.

La celebración del V Congreso de Ciencias Farmacéuticas, el año 1995 en la Universidad de Alcalá de Henares, supuso que se entendiera la Atención Farmacéutica como una nueva forma de ver la profesión farmacéutica. En 2012 de la mano de López Coello conocemos lo más interesante, (en mi opinión), de ese Congreso: el reconocimiento de la labor de los farmacéuticos españoles a través de su importante intervención.

Coello, nos indica: “la profesión farmacéutica se encuentra en pleno proceso de cambio, pasando de una orientación en exclusiva dirigida al producto (medicamento), a una actividad más amplia, orientada al paciente y al uso racional del medicamento, entendiendo como la adecuación de las garantías de calidad, seguridad y eficacia del medicamento a cada paciente concreto a través del seguimiento farmacoterapéutico. Esta nueva conceptualización de la dispensación farmacéutica se materializa mediante la implantación de nuevos servicios profesionales enmarcados en la nueva filosofía de la práctica denominada Atención Farmacéutica (AF)”.

Nos cuenta como desde el Congreso de Tokio, de la Federación Farmacéutica Internacional de 1993, se generó cierta inquietud en un pequeño grupo de farmacéuticos españoles que consiguieron que la AEFI (acrónimo de Asociación Española de Farmacéuticos de la Industria) incluyera, por primera vez, una sesión sobre oficina de farmacia, que versó sobre el Pharmaceutical Care, nueva filosofía de trabajo en farmacia.

En este symposium sobre oficina de farmacia, participaron en la organización: Teresa Alfonso; Borja García de Bikuña; M.<sup>a</sup> José Faus; y Paloma Hortelano.

Se impartieron tres conferencias magistrales:

- . Charles D. Hepler, sobre Pharmaceutical Care.

- . AgataWehsle, sobre Evolución de la percepción de la OMS sobre el papel de los farmacéuticos.

- . Carmen Alberola, sobre Continuidad de la Atención Farmacéutica.

Las mesas redondas organizadas fueron cuatro:

- . Estructura y proceso de la Atención Farmacéutica en la Oficina de Farmacia. Intervinientes:

Benet Fité Novelles; Iñigo García Gorostiza Hormaetxea; Miguel Aquilló Juanola; José Vélez García Nieto.

- . Relación con el Sistema Nacional de Salud ¿prestación o servicio sanitario? Intervinientes:

José E. Hours Pérez; Manuel Ojeda; Alberto Saiz Arnáez.

- . Factores Socioeconómicos que condicionan la calidad de la Atención Farmacéutica. Intervinientes:

Félix Lobo Aleu; Iñaki Linaza Peña; José A. Barbero González; Ana M.<sup>a</sup> Dago Martínez; Félix Sánchez López de Vinuesa.

- . Coordinación de la Atención Farmacéutica en Grupos de Riesgo. Intervinientes:

Montserrat Alonso Díez; M.<sup>a</sup> José Calvo Alcántara; Ana M.<sup>a</sup> Martínez Martínez; Carmen Martí Bernal.

Seguidamente, nos expone la intervención del profesor Hepler y nos comenta que fue totalmente reconocido que este Congreso constituyó el inicio de la Atención Farmacéutica en España, considerándolo el punto de partida del tren de la Atención Farmacéutica en nuestro país. También indica que fruto de esta reunión fue la creación, en 1998, de la Fundación Pharmaceutical Care España.

Finalmente nos expone la evolución del Grupo de Atención Primaria desde su inicio hasta ese momento (2010), y sus conclusiones.<sup>22</sup>

Desde ese año de 1995, fueron surgiendo en España diferentes grupos de farmacéuticos ejercientes en oficina de farmacia con un interés notable para implantar y desarrollar la Atención Farmacéutica en sus oficinas de farmacia. Estos grupos recibieron diferentes denominaciones que a veces dependían de programas o proyectos de trabajo e investigación y otras eran simplemente denominaciones más o menos arbitrarias para identificar a los miembros de los diferentes grupos; así surgieron: Tomcor en Asturias; Atenfarma en Barcelona; Facor en Madrid; Tod, de Valencia,; Facoas en Jaén (1994).<sup>23</sup>

En 1996, el farmacéutico José Espejo Guerrero fundaba el Grupo Farmacéutico Torcal, en cuya presentación justifica su denominación exponiendo corresponde a su escala de valores: la profesión farmacéutica, a la que desea aportar ideas, propuestas avaladas por hechos, etc.; y un homenaje a su tierra, en la que desde 1989 se había declarado a esa imponente formación rocosa como “Parque Natural El Torcal de Antequera”. Este Grupo Farmacéutico Torcal, celebró en Antequera, los días 21 y 22 de noviembre de 1997, una de las primeras Jornadas Técnicas de Atención Farmacéuticas organizadas por farmacéuticos españoles. De estas jornadas surge un documento (Documento Torcal) donde se reflejaba el contenido de las sesiones de las Jornadas. En la sesión del día 22, el fundador, bajo el título “Nuevos procesos en oficina de farmacia” centró el contenido de su ponencia sobre la Atención Farmacéutica Domiciliaria, aportando datos muy interesantes indicando eran producto de su propia experiencia profesional.

En 1997 se celebró el XI Congreso Nacional Farmacéutico en el que el Grupo Farmacéutico Torcal, representado por Francisco Martínez Romero, presentó una ponencia en la que se introducía el término “Indicación

---

<sup>22</sup> López-Coello, M.;Cabezas López, M.<sup>a</sup> Dolores: et,alt. 2010. “Origen de la Atención Farmacéutica en España”, Congreso de Ciencias Farmacéuticas, Alcalá de Henares, 1995”. En *Ars Farmacéutica*, 2010; 51. Suplemento 3:15-21.

<sup>23</sup> Herrera Carranza, J. 2003.” Cadena terapéutica del medicamento. Farmacia clínica. Atención farmacéutica”. En Herrera Carranza Joaquín. *Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica*. Capítulo I: Pags. 1-18. EISERVIER. Madrid. 2003.

Farmacéutica” (IF) para referirse al tratamiento de síntomas menores (y así se le sigue mencionando). También insiste en contenidos ya expuestos en el Documento Torcal, definiendo el acto profesional farmacéutico como “conjunto de actuaciones realizadas por el farmacéutico encaminadas a la provisión de medicamentos y su uso racional y como dispensador de atención sanitaria en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud”.

En ese mismo documento se ofrecen ideas: asesorar de forma personalizada al paciente; vigilar y evaluar mediante el seguimiento del paciente los resultados terapéuticos; participar en la promoción y en la educación sanitaria del paciente y en la educación sobre medicamentos y su empleo racional; contribuir a una formación de pregrado orientada hacia la atención farmacéutica; desarrollar programas de formación continuada con objeto de facilitar la participación en actividades de atención farmacéutica.<sup>24</sup>

En 1996, la Comunidad Autónoma de Extremadura publica la Ley 3/1996, de 25 de junio de 1996 (BOE 09-08-1996) de Atención Farmacéutica, en cuyo art.1, la define como “el proceso por el cual se facilita adecuadamente el acceso a medicamentos y productos relacionados a los ciudadanos, contribuyendo a hacer un uso racional y eficiente de los mismos por los profesionales sanitarios y los individuos, participando en la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud con el objetivo de mejorar y proteger el estado de salud y la calidad de vida de los individuos de la comunidad”. La atención farmacéutica comporta, en atención a lo expuesto, un proceso mediante el cual el farmacéutico coopera con el paciente y con otros profesionales en el diseño, implantación y monitorización de los tratamientos farmacológicos de los pacientes para optimizar los resultados terapéuticos.

También 1996 nos traerá la Ley 4/ 1996, de 26-12-1996 de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla la Mancha (DOCM, 10-01- 1997); y la Ley3/1996 de Atención Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de Extremadura, modificada por la Ley 1/1997 de 16 de enero.

---

<sup>24</sup> Herrera Carranza, J. 2003. “Cadena terapéutica del medicamento. Farmacia clínica. Atención farmacéutica” En Herrera Carranza, Joaquín. *Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica*. Capítulo I :Pags. 1-18.2003. ELSERVIER. Madrid.

A partir de ahora, con idéntica o parecida denominación, se irán publicando en cascada las leyes de farmacia de muchas Comunidades Autónomas; en 1997 publican sus Decretos de Planificación y Ordenación Farmacéutica: Canarias, Castilla-León, Murcia, casi todas dedicaron sus primeros artículos a la definición, ámbito de aplicación, condiciones y requisitos de la Atención Farmacéutica.<sup>25</sup>

En 1998, se crea la Fundación Pharmaceutical Care España cuyos objetivos fundamentales eran: implantación, promoción y desarrollo de la atención farmacéutica; promover la investigación científica en atención farmacéutica; apoyar a las instituciones y a los investigadores interesados; ofrecer información y asesoramiento sobre cuestiones, difundir los resultados de los trabajos de investigación. Publica periódicamente una revista, *Pharmaceutical Care España* sobre atención farmacéutica que constituye su órgano de expresión”.<sup>26</sup>

Con motivo de la celebración de los 20 años de la creación de la Fundación y con ocasión del XI Congreso Nacional de Atención Farmacéutica celebrado en Cádiz en octubre de 2018, la revista *el farmacéutico* entrevistó a su presidenta, y esa entrevista nos sirve para completar, algo más su historia, y por ende (que es lo que pretendemos) la historia de la Atención Farmacéutica. Creada la Fundación, como hemos visto, en 1998, era su presidente Joaquín Bonal y en aquel momento tenía como objetivos los que ya conocemos; la presidenta actual comenta: “con el paso de los años, patronos de la Fundación y otros farmacéuticos formaron la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC), y la Fundación fue evolucionando hacia una farmacia más asistencial.”<sup>27</sup>

---

<sup>25</sup> Cf. Decreto 258/1997 de 16 de octubre de 1997 de, criterios específicos de Planificación y Ordenación Farmacéutica de Canarias, BOC, 03-11-1997,142:12629-1263Cf. Decreto 199/1997 de 9 de octubre de Planificación Farmacéutica de Castilla y León. BOCyL, 13-10-1997. 196:7564-7568.

Cf. Ley 3/1997, de 28 de mayo de 1997 de Ordenación Farmacéutica de la Región de Murcia. BOE 15-10-1997, 247: 29855-29869.

<sup>26</sup> Herrera Carranza, Joaquín. 2003. “Cadena terapéutica del medicamento. Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica”. En Herrera Carranza. J. *Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica*. Capítulo I :pags, 1.18. 2003. EL SERVIER. Madrid,

<sup>27</sup> Cf. On line *el farmacéutico.es* /indexphp/Canal-ef/ítem/10307-la –fundación-lleva-20-años-trabajando-en-pro-de-la-implantación-de-la-atencion-farmaceutica.

En 1999, M.J.Faus y F.Martínez Romero propusieron, con relación al tratamiento farmacológico (seguimiento farmacoterapéutico) dentro de la atención farmacéutica, dos líneas básicas: 1. Buscar, identificar y resolver problemas relacionados con los medicamentos (PRM). 2. Garantizar la efectividad de los tratamientos prescritos. Establecieron, asimismo, los elementos fundamentales de las intervenciones farmacéuticas.

Ese mismo año, la Fundación Pharmaceutical Care España publicó las primeras bases metodológicas con el título *Manual de Procedimientos en Atención Farmacéutica*, en el que recoge entre las consideraciones preliminares: “La atención farmacéutica implica el proceso a través del cual un farmacéutico coopera con un paciente y otros profesionales de la salud, ejecución y monitorización de un plan terapéutico que producirá resultados terapéuticos específicos para el paciente. Esto supone tres funciones primordiales: 1. Identificación de problemas relacionados con la medicación potenciales o reales; 2. Resolver PRM reales; 3. Prevenir PRM potenciales”. “La atención farmacéutica consiste en asumir, por parte del farmacéutico, el papel que le corresponde en las materias relacionadas con los medicamentos,”<sup>28</sup>

Sin dejar 1998 nos llegan: la Ley de Ordenación Farmacéutica de seis comunidades Autónomas: Baleares, Cantabria, Madrid, La Rioja, y Valencia. En 1999, Aragón con la Ley 4/1999 de 25 de marzo, modificada por la Ley 2/2001, de 8 de marzo; y Galicia. Y en 2000 la Ley Foral 12/2000, de 16 de noviembre, nos presenta la Ley de Atención Farmacéutica de la Comunidad Foral de Navarra.<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> Faus Dader, M.J.; Martínez Romero, F. 1999. “La atención farmacéutica en farmacia comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha”. *Pharmaceutical.Care España*. 1999; 1: 52-61.

<sup>29</sup> Cf. Decreto 27/1998 de 18 de junio de 1998 de Ordenación de Oficinas de Farmacia y de Botiquines del Principado de Asturias. BOPA, 19-06-1998, 141:7047-7052.

Cf. Ley 7/1998 de 12 de noviembre de 1998 de Ordenación Farmacéutica de las Islas Baleares, BOIB, 03-12-1998, 149:17960-17968.

Cf. Decreto 15/1998, de 24 de febrero de 1998, de Ordenación de las Oficinas de Farmacia de Cantabria. BOC 04-03-1998, 45:10208-10212.



En el año 2000 se constituye la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFaC), como asociación científica para el farmacéutico de oficina de farmacia teniendo entre sus objetivos prioritarios, como consta en sus estatutos, desarrollar unas líneas de trabajo generales que enmarcasen la práctica científico-profesional del farmacéutico de oficina de farmacia, así como profundizar en la cartera de servicios que éste pudiera ofrecer a la sociedad.

En ese momento, Herrera, consideraba que la justificación de una cartera de servicios, estaba “en la necesidad de clarificar y diferenciar la oferta que debe desarrollarse en las farmacias comunitarias a fin de demostrar a los usuarios la actividad a ejercer, servir como uno de los instrumentos de medida de dicha actividad y permitir su valoración.

Tres servicios o funciones son esenciales en el modelo profesional de la atención farmacéutica:

1. Dispensación de especialidades farmacéuticas.
2. Consulta o indicación farmacéutica.
3. Seguimiento farmacoterapéutico personalizado”.<sup>30</sup>

Ese mismo año se registró la Sociedad Científica Española de Farmacia Asistencial, cuyos fines, entre otros, según sus estatutos, eran: fomentar y desarrollar la actividad asistencial de los farmacéuticos en el ámbito natural de su actuación profesional (farmacia comunitaria, hospitalaria y atención primaria, fundamentalmente), e impulsar la investigación científica en la actividad asistencial de los farmacéuticos, desarrollar especialmente la actividad en el ámbito de la atención farmacéutica.

---

Cf. Ley 19/1998 de 25 de noviembre de 1998 de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid. BOCM 03-12-1998. 287:5-22-

Cf. Ley 8/1998 de 16 de junio de 1998, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de La Rioja, BOR 28-06-1998, 74:2379-2390.

Cf. Ley 6/1998, de 22 de junio de 1998, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Valenciana, DOCV 26.06-1998, 3273:10097-10119.

<sup>30</sup> Herrera Carranza, J. 2003. “Cadena terapéutica del medicamento. Farmacia Clínica. Atención Farmacéutica”. En Herrera Carranza, J. *Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica*. Capítulo I. Págs. 1-18. 2003.EISERVIER. Madrid.



Por otra parte, la Ley de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia definió (1997) las oficinas de farmacia como “establecimiento sanitario privado de interés público..., en la que el farmacéutico..., deberá prestar los servicios básicos a la población”, entre otros destaca la función de “la información y seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes” (artículo 1.5), aspecto este último que constituye el eje central con relación a la atención farmacéutica.

También, es conveniente resaltar el papel que nos corresponde cuando la norma indica “la colaboración en el control del uso individualizado de los medicamentos, a fin de detectar las reacciones adversas que puedan producirse y notificarlas a los organismos responsables de la farmacovigilancia.”<sup>31</sup>

En el año 2000, el Consejo de Europa reconoce al farmacéutico la capacidad para proporcionar consejo y tratar trastornos menores, considerando Trastorno Menor “problemas de salud de carácter no grave, autolimitado, de corta duración, que no tiene relación alguna con las manifestaciones clínicas de problemas de salud que sufre el paciente, ni con los efectos deseados o no de la medicación que tome, que no precisa, por tanto, diagnóstico médico y que responde o se alivia con un tratamiento sintomático (tratamiento paliativo para disminuir la sintomatología ).

Después de esto, es el momento de recordar que ya en 1997, en el XI Congreso Nacional de Farmacéuticos, el representante del Grupo Torcal (presidido por Francisco Martínez Romero), introdujo en su ponencia el término Indicación Farmacéutica y sus siglas (IF), para el tratamiento de síntomas menores a los que definió; era, en ese momento, una terminología nueva que fue plenamente aceptada por concreta y necesaria.

La capacidad de olvido hizo que en ese año 2000, en la prensa farmacéutica se diera tremenda importancia al reconocimiento del Consejo de Europa sin comentar, en ninguna de esas noticias que nos informaban, que para

---

<sup>31</sup> Herrera Carranza, J. 2003. “Cadena terapéutica del medicamento. Farmacia clínica. Atención farmacéutica”. En Herrera Carranza, J. *Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica*. Capítulo I. : Págs. 1-18. 2003. EISERVIER. Madrid.

nosotros no era novedad, formaba parte de nuestra actividad, el acto y su denominación, desde la existencia del Grupo Farmacéutico Torcal, y su trabajo de 1997.

En homenaje al Grupo Torcal, recordaremos como, después de muchos años se interesó la profesión, por ejemplo, en la atención domiciliario, cuando en las primeras Jornadas Técnicas de Atención Farmacéutica (Antequera 21 y 22 de noviembre 1997), representando al grupo, José Espejo Guerrero, explico como él estaba llevando a cabo una Atención Farmacéutica Domiciliaria; en las mismas Jornadas en las que explicó los Síndromes Menores y la Indicación Farmacéutica (IF)

En este momento (2003-2005) la Atención Farmacéutica va adquiriendo un protagonismo muy interesante y el médico valora la actuación del farmacéutico en la Atención Farmacéutica.

De esta situación nos sirve de testigo el Prólogo de la tercera edición de un tratado titulado *Manual para la Atención Farmacéutica* para el Hospital Universitario Dr. Peset, de Valencia.

En este Prólogo leemos: “El escenario que conforma la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud para la prestación farmacéutica, incluyendo los medicamentos y productos sanitarios y al conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad.

El proceso asistencial al paciente engloba el tratamiento farmacológico y la cadena de procesos que constituyen el manejo de medicamento; su objetivo es garantizar la eficiencia terapéutica. Ahora bien, el farmacéutico, desde la asunción de la Atención Farmacéutica, está comprometido con este objetivo último y con la efectividad, seguridad y calidad de la vida de la paciente relacionada con la salud.

Para que todos los procesos de la cadena terapéutica se desarrollen de forma óptima es necesario asumir la calidad farmacoterapéutica y la

seguridad en el paciente. Por tanto, el farmacéutico, como buen conocedor de la dificultad de deslindar los riesgos de los beneficios que aportan los tratamientos farmacoterapéuticos, debe estar atento a las oportunidades de mejorar la farmacoterapia que recibe el paciente.”

“Las Buenas prácticas de Atención Farmacéutica deben incluir procedimientos normalizados de trabajo, estructurados por criterios consensuados para la prevención, identificación y resolución de Problemas Relacionados con los medicamentos (PRM) en los pacientes, nos manifieste la urgente necesidad de mejorar la calidad farmacoterapéutica y obliga a los profesionales sanitarios a mirar al futuro de manera multidisciplinar y multiprofesional”<sup>32</sup>

En 2008 se llegó a un consenso entre la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, y de este acuerdo surgió un libro con el Protocolo para 27 problemas frecuentes de consulta y su correspondiente Indicación Farmacéutica. En el III Congreso Nacional de Farmacia Comunitaria, celebrado en Madrid en octubre de 2008, con el lema *El Farmacéutico del siglo XXI: Farmacia Asistencial*”; se presentó el Estudio Medafar procedimiento, cuyo objetivo era mejorar mediante diversas actividades científicas, formas de coordinación entre médicos y farmacéuticos que trabajaban en Atención Primaria. Este grupo publicó una *Clasificación de derivaciones Farmaco-Terapéuticas (CDF)* que era una Taxonomía para definir y agrupar las situaciones que requiriesen de la derivación entre los farmacéuticos y los médicos (o viceversa) en relación con la fármaco-terapia usada por los pacientes. Ofrecía una clasificación sencilla y eficaz que permitiera un lenguaje interprofesional; se publicó en español e inglés (Classification of Farmaco-Therapeutic Referrals).<sup>33</sup>

En mayo de 2010 se publica una *Guía Práctica para los servicios de Atención Farmacéutica*. Editada por el CGCOF, esta guía práctica

---

<sup>32</sup> Climent Martí, Mónica; Jiménez Torres, N. Víctor. 2005. *Manual para la Atención Farmacéutica (Manual of Pharmaceutical Care.)* Tercera Edición. 2005. AEAYPE. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

<sup>33</sup> Pastor Sanchez, Raimundo; Alberola Gomez-Escolar, Carmen; et alts. 2008. *Clasificación de Derivaciones Farmaco-Terapéuticas. MEDAFAR*. 2008. Editorial IMC. Madrid.

pretendía impulsar los objetivos acordados en el Documento de Consenso de 2008.<sup>34</sup>

En 2011 se realizó una Tesis Doctoral en Granada sobre asesoramiento en síntomas menores, en la que nos introducimos, ligeramente, para recabar información de un tema tan interesante en todo momento. La Tesis doctoral fue realizada por Ana M.<sup>a</sup> Ocaña Arenas y se presentó bajo el título “Efectividad del proceso estructurado de asesoramiento en síntomas menores frente al asesoramiento habitual en farmacias comunitarias españolas. (Estudio Ind-Dader)”. En su contenido, nos recuerda la Ley 29/2006 de “Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios”, que en su artículo 19, dispone las condiciones de prescripción y dispensación de los medicamentos presentándolos divididos en dos categorías:

- . Sujetos a prescripción médica. (MPM)
- . No sujetos a prescripción médica. (MNPM)

Quedando la competencia de asignar esta denominación a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), (denominación 2011) en cuanto a la dispensación de un medicamento.

Nos indica, Ana M.<sup>a</sup> Ocaña, en este trabajo la calificación de estos medicamentos, no sujetos a prescripción médica (MNPM), como “aquellos que vayan destinados a procesos o condiciones que no necesiten un diagnóstico preciso y cuyos datos de evaluación toxicológica, clínica o de su utilización y vía de administración no exijan prescripción médica, de modo que dichos medicamentos puedan ser utilizados para el autocuidado de la salud mediante su dispensación en la oficina de farmacia por un farmacéutico, que informará, aconsejará e instruirá sobre su correcta utilización”.

La gestación de esta situación nos queda explicada en ese trabajo., indicándonos que, en 1996, la FIP (acrónimo de Federación Internacional Farmacéutica), acordó el papel que debía asumir el farmacéutico en el autocuidado, incluyendo la automedicación; entendía que para garantizar

---

<sup>34</sup> Cf. Internet, <https://www.portalfarma.com>forofarnaciacomunitaria>ATFC-Guia%20FORO.pdf>. Consultado, 23/10/2017

un uso seguro de los MNPM era imprescindible el consejo farmacéutico y que la distribución de estos medicamentos fuese a través de las farmacias.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1998, define el autocuidado de la salud como “todo aquello que las personas hacen por sí mismas con el propósito de restablecer y preservar la salud o prevenir y tratar las enfermedades”; Ocaña, nos aclara que para la OMS ese término abarcaba la higiene (general y personal), la nutrición (tipo y calidad de la comida), el estilo de vida (actividades deportivas, tiempo libre, etc.), los factores socioeconómicos (nivel de vida, creencias, cualidades, etc.) y la automedicación.

También nos indica que, en ese momento (1998), la OMS restablece el papel del farmacéutico en el autocuidado y automedicación, como proveedor de medicamentos de calidad, como educador y supervisor, como colaborador y como comunicador.<sup>35</sup>

En 1999, la FIP y la Industria Mundial de la Automedicación hicieron una declaración conjunta sobre *Automedicación Responsable* en la que el papel del farmacéutico quedaba muy restringido.<sup>36</sup>

En 2006, la OMS y la FIP publicaron conjuntamente un manual sobre *Práctica farmacéutica centrada en el paciente*. La traducción al español fue realizada por un equipo de expertos.<sup>37</sup>

En 2015, SEFAC (que no olvida TORCAL) promovió el diseño de un programa I-Valor (está en Bot Plus), para fomentar y facilitar la implantación de una acción protocolizada para consultas de IF en oficinas de farmacia de toda España, participaron 1022 farmacéuticos ejercientes en

---

<sup>35</sup> Ocaña Arenas, Ana Maríz. 2011. *Efectividad del proceso estructurado de asesoramiento en síntomas menores frente al asesoramiento habitual en farmacias comunitarias españolas*. Estudio Dader. Tesis Doctoral. Programa de Doctorado de Farmacia Asistencial Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. 2011.

<sup>36</sup> Cf. Disponible en FIP-WSMI (1999). Declaración Conjunta por la Federación Farmacéutica Internacional y la Industria Mundial de la Automedicación Responsable. 1999. (consultado año 2018)

<sup>37</sup> FIP (LaHaya, Holanda)/OMS (Ginebra, Suiza). 2006. *Buenas Prácticas en Farmacia. Directrices conjuntas*. 2006. FIP/OMS. Federación Internacional Farmacéutica. 2006.

Cf. Disponible en <https://www.portalfarma.com/Profesionales/farmaciaiinternacional/fip/declacion/documents/Buenas%20FIP%20OMS.pdf>.

846 oficinas de farmacia, de ellos 497 eran titulares y 349 adjuntos. Los Certificados emitidos a los participantes constataba que el Programa “I-Valor” contaba con 9,4 créditos de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias.<sup>38</sup>

Más adelante algunos Colegios Oficiales de farmacéutico se empiezan a interesar por este tema e inician la coordinación, desde los colegios, de los grupos interesados en atención farmacéutica. Así surgieron movimientos en los colegios de Madrid, Barcelona, Guipúzcoa, Zaragoza, Murcia, Tarragona, Sevilla, Santander, Palma de Mallorca, etc.

En junio de 2016, falleció Francisco Martínez Romero, uno de los fundadores del Grupo Torcal, y como ya hemos indicado, es el primero en acuñar en un Congreso el año 1997 la denominación Indicación Farmacéutica (IF), también fue fundador de SEFAC. En su memoria, SEFAC, instituyó el premio, con dotación económica, Francisco Martínez Romero a la mejor Tesis Doctoral en Farmacia Comunitaria Asistencial, presentada en España. Otorgado el primer Premio; para 2019 se hizo la segunda convocatoria.<sup>39</sup>

#### 4. 5. ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y CALIDAD DE VIDA

Antes de continuar las definiciones y fines que a finales del siglo XX se daba a la atención farmacéutica, vamos a conocer como los científicos investigadores a finales de ese siglo (siglo XX) nos daban la definición sobre tres elementos que veremos habitualmente citados de ahí en adelante: “calidad de vida”, concepto de “salud” y “uso racional del medicamento”.

El concepto calidad de vida resulta difícil de definir pues consideran se puede distinguir diferentes interpretaciones biomédicas (interpretación

---

<sup>38</sup> Cf. Disponible en Internet: [Cf. https://www.actasanitaria.com>sefac-promueve-i-valor-registro-indicaciones](https://www.actasanitaria.com>sefac-promueve-i-valor-registro-indicaciones)

<sup>39</sup> Cf. Internet: [diariofarma.com/2017/01/2018/sefac-crea-premio-francisco-martinez-romero-la-mejor-tesis-doctoral](https://www.actasanitaria.com/2017/01/2018/sefac-crea-premio-francisco-martinez-romero-la-mejor-tesis-doctoral)

Cf. <https://www.actasanitaria.com>sefac-crea-premio-francisco...>

desde el estado de salud y enfermedad), socio económica, ecológica, cultural, tecnológica, filosófica, entre otras; nos advierten los autores que estudian el tema, se trata de un concepto multidimensional que integra varios aspectos relacionados con el bienestar social, el psicológico, el mental, el educativo, el cultural, el intelectual, etc.

Desde la interpretación biomédica, el concepto de calidad de vida se utilizaba frecuentemente en el ámbito de la clínica y en general servía como argumento para la toma de decisiones (si/no).

Con esta perspectiva la calidad de vida se valora a partir del estado patológico del sujeto (paciente) y de la percepción que este tiene de su estado de salud (autopercepción). Es por tanto, un concepto relativo que sirve para medir la mejoría o el empeoramiento del estado de salud del sujeto.

Tomando como referente principal la enfermedad, calidad de vida significa que se le garantice al paciente no solo los recursos y medios materiales, sino los asistenciales, como es la atención farmacéutica.

La atención farmacéutica (seguimiento fármaco-terapéutico) mide los efectos de la intervención farmacéutica y los beneficios para el paciente: presión arterial controlada, glucemia controlada, erradicación de un proceso infeccioso, desaparición del efecto adverso de un medicamento, mejoría, por ejemplo, de una patología menor por la explicación que se da al paciente para facilitarle una mejor comprensión de la medicación prescrita y conseguir que la acepte, etc. En consecuencia, la relación personal del paciente con el farmacéutico, interpreta la calidad de vida como el beneficio obtenido en el proyecto de vida del sujeto.

Por su misma naturaleza, el concepto de “salud” no puede describirse, ni exclusiva ni predominantemente en término negativo “ausencia de enfermedad”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), desde su constitución en 1946 especificó que la salud era un estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedades; en 1948 este concepto lo elevó a definición como “El completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”, este concepto con escasas modificaciones se mantiene desde la revisión de 2009.



De nuevo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Ginebra el año 1966, durante el Foro Mundial de la Salud, acuñó una definición para la calidad de vida, “La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes (preocupaciones)”. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno.

El término Calidad de Vida mantuvo su difusión durante el año 1975 y tuvo su gran expansión en los años 80, su interés sigue vigente.

Como podemos apreciar, no existen criterios únicos para definir la calidad de vida, sin embargo, aparecen como patrones comunes palabras como bienestar, satisfacción multidimensional, subjetivo/objetivo que parecen dar un marco común a las definiciones así, una definición global sería “nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos participantes en distintos momentos de su vida”

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), se considera es el estado de salud percibido individualmente (cada persona) con el objetivo principal de valorar si una enfermedad o situación crónica y sus síntomas interfieren con su desempeño en la vida diaria. La calidad de vida relacionada con la salud se determina mediante escalas genéricas o específicas donde la valoración realizada por el paciente es esencial, por tanto, la calidad de vida puede ser medida y valorada a través de indicadores objetivos y subjetivos y su abordaje aconseja un equipo multidisciplinar.<sup>40</sup>

---

<sup>40</sup> Gómez, E. 2009. “Un recorrido Histórico del concepto de Salud y Calidad de vida. A través de los documentos de la OMS”. En *TOG*, 2009, 6 (1):1010. (A Coruña).

Internet, Cf. <http://www.revistatog.com/num9/pags/original2pdf> Consultado 02/02/2019

Cf. Robles-Espinoza, Isabel y cols. 2016 “Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de la salud”. En *EL Residente*. 2016, 11(3):120-125.



En la práctica se utiliza en la evaluación económica, como resultado medible en un análisis fármaco-económico de “coste-utilidad”.<sup>41</sup>

La explosión tecnológica ocurrida a principios de este siglo XXI cambió el entorno de los cuidados de la salud equipándolos con tecnologías que proporcionaron aplicaciones potenciales en lo que implicaba la recolección de información acerca de la calidad de vida. Estamos de lleno en la Era de la Tecnología.

En cuanto al uso racional del medicamento iniciamos la información cuando en 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) convocó en Nairobi a un amplio grupo de expertos de todo el mundo para celebrar una conferencia / debate sobre el uso adecuado, apropiado y correcto de los medicamentos.

La legislación española no nos definirá directamente “uso racional del medicamento”, pero indirectamente se legisla enfocando el registro, la distribución, la utilización de los medicamentos y su dispensación en oficina de farmacia, sobrevolando en todo lo que se ordena y define, la prioridad coste-efectividad.

Entre las instituciones que utilizan indicadores de resultados para medir los cambios en el paciente destaca la Fundación Phamacéutical Care, Grupo de investigación de Atención Farmacéutica, de la Universidad de Granada. Desde 1999, su método DÁDER tiene una indiscutible utilidad y vigencia pues se va renovando sin perder su esencia.

En 1986 la Ley General de Sanidad nos presenta una serie de actuaciones que exigirá a la estructura sanitaria, una de ellas era: el uso racional de medicamentos, y la educación sanitaria para la población.<sup>42</sup>

La educación para la salud tiene que ser un proceso planificado y sistemático de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición y mantenimiento de las prácticas saludables.

---

<sup>41</sup> Ronda Beltrán, Joaquín. 2003. “Servicio de Farmacia Hospitalaria. Organización y planificación de futuro”. En Herrera Carranza, Joaquín. 2003. *Manual de farmacia clínica y Atención Farmacéutica*. Capítulo 3:43-72. El SERVIDER. Madrid.

<sup>42</sup> Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm.102 de 29 de abril de 1986. Entrada en vigor el 19 de mayo de 1986.

La OMS define el concepto de educación para la salud como “combinación de actividades de información y educación que conduzca a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que se pueda individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten”.

La educación para la salud comprende tres estrategias principales:

- . Detectar los problemas de salud
- . Motivación para los cambios.
- . Instruir para esos cambios.<sup>43</sup>

#### **4. 6. IMPLANTACIÓN DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ESPAÑA.**

Para reafirmar nuestro conocimientos sobre los inicios de la Atención Farmacéutica encontramos en Internet un pequeño trabajo, (publicado en 2005), titulado “Visión Histórica del desarrollo de la Atención Farmacéutica”; en el que pudimos comprobar la fidelidad de los datos que ya teníamos y consideramos era un ilustrativo estudio de sólo dos páginas con la bibliografía incluida donde se nos resumía desde los inicios del movimiento, en Estados Unidos, denominado Pharmaceutical Care en 1975 indicando definiciones, fechas y autores que la estaban investigando y exponían sus conclusiones, hasta enlazar con su llegada a Europa.

---

<sup>43</sup> Herrera Carranza, Joaquín. 2003. “Cadena terapéutica del medicamento. Farmacia clínica. Atención farmacéutica”. En Herrera Carranza, J. 2003. *Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica*. Cap.I: 1-18. EISERVIER. Madrid

De su revisión extraemos un dato que desconocíamos: a partir de 1993 (Tokio), Hepler y Strand siguieron caminos diferentes, una Atención Farmacéutica orientada a enfermedades crónicas, Hepler; y una Atención Farmacéutica Global, de Strand. Según indican, la aproximación europea a la Atención Farmacéutica se acercaba más a la forma interpretada por Strand.

Finaliza su información indicando que el Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico había nacido en 1999 para dar cobertura al proceso que se enseñaba en el Programa Dáder que había sido revisado en 2003 y en 2005 se realizó su tercera revisión.<sup>44</sup>

En ese momento la planificación del ejercicio profesional farmacéutico en España se asentaba en tres pilares:

- . Lo indicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)
- . Lo indicado por la Comunidad Económica Europea:
- . Lo indicado por la legislación sanitaria española.<sup>45</sup>

El año 1989, la Organización Mundial de la Salud, dispone en Madrid una reunión de la que surgió un documento en el que se dirigían las funciones y el papel de los farmacéuticos. Siempre bajo la expresión de “recomendaciones”, van orientadas hacia la dispensación, su papel de consejero, su papel ante la comunidad, y en la investigación.

La segunda reunión de la OMS, versada sobre la función del farmacéutico en cuanto a la prestación de servicios de calidad, celebrada en Tokio (Japón) los días de 31 de agosto a 3 de septiembre de 1993, se centraron las sesiones en el uso racional del medicamento y el desarrollo de la atención farmacéutica dirigida al paciente y a la comunidad, siempre como recomendaciones.

El documento constaba de 13 páginas. En una segunda parte se ofrecía la Declaración de Tokio sobre el “*Papel del farmacéutico en el Sistema de*

---

<sup>44</sup> Cf. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder” (3ª revisión:2005)”. *Pharmacy Practice*. 2006; 4(1): 44-53.

<sup>45</sup> Muñoz Machado, Andrés. 1989. *Los sistemas sanitarios y su organización*. Ed. FIS (Fondo de Investigación Sanitaria). 1989. Madrid.

*Atención de la Salud*”. Hecha por la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) abarcando 14 páginas, examina las responsabilidades en relación a las necesidades asistenciales del paciente y de la comunidad englobándolas en el concepto Atención Farmacéutica, por ese motivo se le suele considerar como el documento por el que empieza la extensión de la Atención Farmacéutica fuera de los Estados Unidos.<sup>46</sup>

Desde 1996 la atención farmacéutica en España encontró muchas barreras que dificultaron su implantación, evidenciando una falta de unidad en los mensajes ofrecidos por los expertos y las instituciones. Ante esta situación, el Ministerio de Sanidad y Consumo, en el año 2001, celebró en Madrid una reunión con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, de la que surgió el *Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica* que recogía todo lo que sobre el tema había indicado la Ley 16/1997 de 25 de abril, denominada de Regulación de Servicios en las Oficinas de Farmacia.<sup>47</sup>

También el año 1996, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos realizó un estudio para valorar el consejo farmacéutico a través de sus intervenciones (en la oficina de farmacia) que como agente de salud realizaba, ajenas a la dispensación de medicamentos. En 2003 se repitió el estudio para comparar resultados.

El de 2003, se efectuó en un 20% más de farmacias, que en 1996.

. La distribución de las actuaciones sanitarias fue:

- Consejo farmacéutico 56%
- Participación en Campañas Sanitarias 36%
- Seguimiento fármaco -terapéutico 8%

. Las actuaciones en consejo terapéutico fueron:

- Sobre el medicamento más adecuado para una dolencia concreta.
- Pautas y formas de administración de medicamentos.

---

<sup>46</sup> Cf. Google ,[www.forofarmaceticodelasamericas/org/wp../2018/..../Documento-de-Tokio-1993.p..](http://www.forofarmaceticodelasamericas/org/wp../2018/..../Documento-de-Tokio-1993.p..)

<sup>47</sup> Ley 16/1997 de 25 de abril de Regulación de servicios en las Oficinas de Farmacia. Boletín Oficial del Estado n.100 de 26 de abril de 1997.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid,2001

- . Actividades de detección de interacciones/ incompatibilidades/ contraindicaciones.
- . Detección de efectos secundarios de los medicamentos.

El estudio reveló el ahorro que estas actuaciones supusieron ya que evitaron volver a los Centros de Salud para formular preguntas, resolver dudas que hubieran formulado a los profesionales sanitarios que en ellos prestan sus servicios, agilizando de esta manera su trabajo.

Según la estimación del tiempo invertido, el ahorro al sistema sanitario fue de 1.747 millones de euros, representando un 3'8 % del gasto público sanitario.

Destacaban en este estudio el esfuerzo realizado por las farmacias participantes incrementando los recursos humanos y tecnológicos.<sup>48</sup>

Mientras tanto, en 1998, surge la Declaración de la FIP sobre Normas Profesionales. El documento se titulaba, *La Atención Farmacéutica*, e indicaba “Esta declaración fue aprobada por el Consejo de la Federación Farmacéutica Internacional (FIP) en la reunión del Consejo de La Haya, Países Bajos, el 4 de septiembre de 1998”. Tras una Introducción en la que establece la necesidad de la Atención Farmacéutica puesto que, de todos los tratamientos terapéuticos disponibles, sólo las medicinas son principalmente autoadministradas, por lo tanto, su éxito está ligado, ineludiblemente, si reciben los pacientes una información objetiva, por ello los farmacéuticos deben adoptar, dentro de los servicios profesionales que suministran, un enfoque centrado en el paciente.

Concluida la introducción entramos en el contenido que pretende hacernos llegar esta Declaración de la F I P: Definición. Requisitos de la Atención Farmacéutica :aquí se indica que los objetivos eran optimizar la calidad de vida del paciente y en su salud lograr resultados clínicos positivos; para ello nos ofrece tres etapas diferenciadas, A, B, C, en cuya exposición empiezan todas: “La Atención Farmacéutica requiere que...”; continúa con

---

<sup>48</sup> En Internet. Disponible. (consultado 2018)

Cf. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Valoración del consejo sanitario de las oficinas de farmacia. Informe 2003.

Cf. [elsevier.es/en-revista-offarm-4-articulos-noticias-13060293](http://elsevier.es/en-revista-offarm-4-articulos-noticias-13060293)

indicaciones sobre la forma de proceder y destaca como “ Para satisfacer estos requerimientos” e indica cuatro puntos cuyo contenido inicia con “Debe..” o “Los farmacéuticos deben...” y así encontramos el cuarto punto indicándonos “ Los farmacéuticos deben ser adecuadamente remunerados por estos servicios adicionales”.

Continúa el Documento con;” Principios de la práctica”, que abarcará: Recolección de información. Evaluación de la Información y Formulación del Plan. Implementación del Plan. Monitoreo y Modificación del Plan para Asegurar Resultados Positivos. Seguimiento, en este último punto indica “Cuando se hayan logrado los resultados deseados, se debe establecer un procedimiento de seguimiento para asegurar el bienestar continuo del paciente”.<sup>49</sup>

En 1999, Faus Dader, y Martínez Romero, publicaron un Manual de Procedimientos en Atención Farmacéutica, que supuso una excelente ayuda.<sup>50</sup>

Estas consideraciones que estamos mencionando en España, en el exterior de nuestro país también tenían su puesto y propiciaron que, en 1991, en EE UU surgiera el primer programa de notificación de errores de medicación iniciado por el Institute Safe Medication Practices (ISMP) y el programa Medication Error Reporting and Prevention (MERP) que se introdujo junto con la Farmacopea (United States Pharmacopeia).

Había surgido la necesidad de intentar asegurar que se alcanzaban las metas de la terapéutica del paciente y que se obtenían los mejores resultados posibles. Como es lógico surgieron muchos modelos de sistemas diferentes.

---

<sup>49</sup> Internet. Cf.F:/docs/statem/pharm-care 1998/p-care1998-spanish.

Cf. Disponible.Tambien entrando por Declaración de la FIP sobre estándares profesionales. Código ético para farmacéuticos 1997. Abriendo Acrobat se encuentra el documento original en español. Consultado 2018.

<sup>50</sup> Faus Dáder, M.J.; Martinez Romero, F. 1999. “Manual de Procedimientos en Atención Farmacéutica”. En *Pharmaceutical Care España*.1999.1: 51-61.

Cuando en 2001 el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró el Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica, quedaron definidas las actividades de atención farmacéutica, la dispensación de especialidades farmacéuticas, la consulta o indicación farmacéutica y el seguimiento fármaco-terapéutico personalizado, todos ellos orientados hacia un uso racional del medicamento y a la protección del paciente ante la aparición de problemas relacionados con medicamentos.

En este mismo documento se define el Seguimiento Fármaco-terapéutico personalizado, como “la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos, de forma continuada, sistematizada y documentada” , indicaba también que se realizaría en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del Sistema Nacional de Salud con el fin de alcanzar resultados concretos que mejorasen la calidad de vida del paciente.

Lógicamente este Documento se va actualizando conforme las autoridades sanitarias consideran preciso y, su evolución en la farmacia comunitaria lo encontramos en las sucesivas comunicaciones publicadas.

No obstante, se tenía suficiente idea de lo necesario de la atención farmacéutica y en algunas Comunidades Autónomas las Autoridades Sanitarias, para problemas puntuales pero acuciantes, diseñan sus programas implicando a hospitales, asistentes sociales y farmacias. Uno de estos, es el Programa T. O. D. (Tratamiento de Observación Directa), implantado en la Comunidad Autónoma de Valencia. Sus primeras noticias las conseguimos a través de un trabajo publicado en el año 2000, titulado: *Programa T.O.D. (Tratamiento de Observación Directa) de Valencia. Implantación y experiencias iniciales*; fundamentalmente pensado para obligar a los enfermos de tuberculosis a desplazarse a tomar la medicación y así poder conseguir su adherencia, se diseñaron dos formas de actuar: una en pacientes tuberculosos identificados como no cumplidores, otra para pacientes tuberculosos en general.

El método T.O.D. consistía en intentar asegurar la adherencia al tratamiento farmacológico mediante la intervención de una tercera persona que observaba directamente la toma de la medicación por parte del paciente



en la pauta terapéutica impuesta por el médico, actuando esta tercera persona generalmente de forma intermitente de dos a tres veces por semana.

Para cumplir este objetivo los farmacéuticos de oficina de farmacia no sólo se implicaron en observar la toma de la medicación, sino que se responsabilizaban del seguimiento de la misma en el paciente y, por tanto, en la detección y resolución de PRM.

Intentando conocer realmente el resultado del TOD, en 1998 se realizó la inscripción de las farmacias que desearan participar en la prueba. En 1999 se procedió al Curso de Adiestramiento en colaboración con todos los agentes integrantes del proyecto. La selección de los pacientes la realizaba el hospital y a los enfermos se les daba la oportunidad de elegir la oficina de farmacia; el enfermo tenía que firmar el consentimiento de que su medicación quedase depositada en la farmacia; evidentemente las farmacias tenían que acoplar su calendario de atención a estos pacientes.

Una vez comprobada la toma se cumplimentaba el registro; si alguna vez no venía el enfermo se notificaba a la trabajadora social y se rellenaba un registro de intervención.<sup>51</sup>

En mayo de 2007 se establece este tratamiento en Perú, informan de allí, que el TOD, era costoso pero efectivo, al pensar implementarlo no les parecía haber una razón sólida para su uso sistemático.

De nuevo, en 2008 se realiza una experiencia con el programa TOD; la información parte del trabajo firmado por: Llorens Martínez, Ramón; Calatayud Frances, María; et alts. “Estudio Preliminar sobre la desintoxicación ambulatoria de 18 pacientes alcohólicos con Tratamiento de Observación Directa”. En la presentación del trabajo nos dejan claro su esperanza: “Los TOD han sido probados en diferentes patologías. No tenemos constancia de que en la desintoxicación ambulatoria de alcohol se haya utilizado.” Explican que con su investigación intentaban comprobar si una Unidad de Conductas Adictivas (UCA) podía, ambulatoriamente, desintoxicar y disminuir el riesgo de recaída precoz (que en ese momento

---

<sup>51</sup> Dualde, Elena; García Cebrian, Transito; et. alts. 2000. “Programa TOD (Tratamiento Observacional Directo). Implantación y experiencias iniciales”. En *Pharmaceutical Care España*. 2 (1) :28-41. 2000.



estaba en doce semanas) en pacientes alcohólicos, con una dependencia orgánica establecida, con un síndrome de abstinencia grave y que no habían conseguido mantener la abstinencia durante un periodo continuado de 3 meses, en los últimos dos años.

Para el TOD decidieron realizarlo mediante “un modelo de abordaje multimodal médico-psicológico y de enfermería basado en una visita diaria breve y supervisión farmacológica”.

En el estudio se incluyeron dieciocho pacientes, a las doce semanas trece (72%) permanecían abstinentes, cuatro (22%) habían recaído, uno abandonó, y diecisiete (94%) se mantenían adheridos a tratamiento.

Manifestaron, que la adherencia conseguida (94%) favoreció que los pacientes más deteriorados y con menos recursos, pudieran beneficiarse no sólo de algunos programas sociales, sino también de los recursos básicos de salud con la consiguiente mejora en su calidad de vida.<sup>52</sup>

En 2014 volvemos a tener noticias del Programa T.O.D. pues se estaba utilizando para tuberculosis y retrovirales e indicaban las estrategias de apoyo social.<sup>53</sup>

Pocas novedades ni datos interesantes estamos encontrando, pero se demuestra la inquieta “buena voluntad” de casi todos los estamentos para que se implante de forma útil y definitiva la Atención Farmacéutica.

En este seguimiento nos ponemos en contacto con otros trabajos que sirven para encadenar los relatos, pero son reiterativos sin aportar novedad alguna.

Continuando la búsqueda en la trayectoria de la Atención Farmacéutica, encontramos una investigación publicada en 2001, nos la ofrece el

---

<sup>52</sup> Llorens Martínez, Ramon; Calatayud Frances, María; et.alts. 2008, “Estudio preliminar sobre la desintoxicación ambulatoria de 18 pacientes alcohólicos con Tratamiento de Observación Directa.” En *Adicciones*. Vol.20, nº 3. 2008.

Cf. Internet [www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view](http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view)

Cf. [www.adicciones.es/Inicios/vol.20.num.3](http://www.adicciones.es/Inicios/vol.20.num.3) (2008)>Llorens Martínez

<sup>53</sup> Rodríguez Chamorro, M.A.; Pérez Marino, A.M.; et.alts. 2014. “Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de adherencia al tratamiento farmacológico.”. En *Pharmaceutical Care España* . 2014; 16 (3) :110-120.

Gabinete López- Santiago en la que se nos transcribe el documento del Consejo de Europa *Resolución ResAP (2001) 2 relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad de la salud*. Seguidamente nos indica: Consejo de Europa. Comité de ministros. Adoptada por el Comité de Ministros el 21 de marzo de 2001 en la 746ª reunión de los delegados de los ministros.

El Comité de Ministros en su composición representaba a los 18 países, sobre Salud Pública.

El contenido es una exposición de “Considerandos” que surgen tras tener en cuenta la Resolución 23 de 16 de noviembre de 1959, y la Resolución 35 de 2 de octubre de 1996 en los que se revisaban las estructuras del Acuerdo Parcial con objeto de elevar el nivel de protección de la salud pública y de integrar a las personas con discapacidad en la comunidad, teniendo en cuenta las legislaciones de este campo y en particular en el sector de la farmacia.

Las conclusiones del Seminario sobre “*El Farmacéutico en la encrucijada de los nuevos riesgos sanitarios: ¡Un compañero indispensable para su gestión!*”, celebrado en el Consejo de Europa en Estrasburgo los días 20 a 22 de octubre de 1999, nos presentaba 14 Considerandos y una Resolución con cuatro puntos compuestos de cinco apartados; en el quinto apartado indica “intercambio sistemático de información con otros profesionales de la salud (vía redes)”.

Recomiendan, para conseguir las tareas enumeradas, hacer uso de las distintas tecnologías de la información y bases de datos relevantes, y debería ser posible acceder a perfiles del paciente incorporándolos a los ficheros farmacéuticos.

Los farmacéuticos deberían evaluar las solicitudes de los pacientes, evaluar el estado de salud del paciente apoyándose en protocolos, ofrecerle consejos y si creían oportuno, poner por escrito sus opiniones al médico, esto se haría de acuerdo con el paciente.

Considera, este documento, que el farmacéutico, como uno de los expertos en la gestión de los riesgos de la salud, debe integrarse en cada escala sanitaria y jugar un papel activo en la toma de decisiones.

Finaliza el documento que estamos revisando, facilitándonos las definiciones y conceptos que considera debemos conocer fundamentalmente.

## GLOSARIO

. **Producto frontera:** producto no clasificado en una categoría legal definida (medicamento, producto cosmético, suplemento dietético, producto sanitario) que lleva a confusión sobre los asuntos relacionados con su presentación y/o función.

. **Seguridad de la salud:** la seguridad de los individuos contra todas las formas de riesgos asociados con las elecciones de terapia, prevención, diagnóstico y tratamiento, el uso de productos sanitarios, y las acciones y decisiones de las autoridades sanitarias.

. **Efectos iatrogénicos:** reacciones inesperadas, acontecimientos o accidentes que pueden ocurrir como resultados del efecto específico de los medicamentos o como resultado de las circunstancias de su uso, incluso los errores de medicación.

. **Atención Farmacéutica:** la implantación de diferentes procesos que permitan la dispensación responsable de tratamientos medicamentosos hasta que se alcanzan resultados que mejoran la calidad de vida del paciente.

. **Equipo de atención primaria de la salud:** Equipo multidisciplinario y comunitario de salud que garantiza el primer contacto del paciente con todo el sistema sanitario.

. **Automedicación:** Tratamiento farmacológico tomado por el paciente bajo su iniciativa sin prescripción médica.<sup>54</sup>

En este momento (2002), la profesión farmacéutica estaba muy satisfecha con su *Documento de Consenso en Atención Farmacéutica*, pero, tal vez no se habían percatado de que faltaba, cuando menos la aquiescencia de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

---

<sup>54</sup> Cf. internet [lopez\\_santiago.com/pdfs/gabinete\\_lopez\\_santiago\\_707pdfs](http://lopez_santiago.com/pdfs/gabinete_lopez_santiago_707pdfs) Consultado 20/11/2017

Tuvimos la suerte de que “en aquel entonces” era Director General de Farmacia y Productos Sanitarios un farmacéutico defensor a ultranza de la oficina de farmacia; era Federico Plaza Piñol y realizó el prólogo para comunicar los movimientos y conclusiones a las que se había llegado.

Este prólogo, dejaba claro, que su contenido servía para propiciar la solución a la necesidad de consensuarlo con el Ministerio. Indicaba “Evidentemente se trata de un punto de partida, de una cuestión abierta, como es propio de un documento técnico consensuado entre profesionales, confío en que ayudará a que la implantación generalizada de la Atención Farmacéutica esté cada día más cerca, porque es lo mejor que podemos desear a los ciudadanos españoles que consumen medicamentos”.

Con esta manifestación ya podía presentarse ante la Real Academia de Farmacia, el documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica.

El contenido abarcaba 16 páginas. En la introducción, amparándose en la Ley 16 / 1997 de Regulación de los Servicios de las Oficinas de Farmacia, indica que en ese momento con el acuerdo del Consejo General de Colegio Oficiales de Farmacéuticos y, por tanto, de todos los colegios, el Ministerio no tenía inconveniente en que los servicios estuvieran agrupados bajo una denominación que cumpliera con las siguientes características:

“Que implique la gestión del conocimiento farmacéutico aplicado a un paciente determinado.

Que sea reconocido por otros colectivos profesionales y por la población”

Seguidamente desarrolla la opinión sobre los puntos que abarcaba el Documento de Consenso. Este documento fue editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. 2002.<sup>55</sup>

En este momento, la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (DGFPS) del Ministerio de Sanidad, presentó en la Real Academia de Farmacia el documento *Consenso sobre Atención Farmacéutica*

---

<sup>55</sup> Cf. internet. <https://www.msss.gob.es/profesionales/farmacia/consenso/consenso.htm>.

Cf. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2002. *Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica*. Edita y distribuye, Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones. Depósito legal: 11.127.2002. Disponible; consultado última vez 2018

realizándose una unificación de terminologías, conocimientos generales y los Servicios de Atención Farmacéutica, término del que nos dejó una nueva definición: “la participación activa del farmacéutico, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. También conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevenga enfermedades”. Esta definición había sido propuesta por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid (COFM) y aceptada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF).

De entre todas las actividades asistenciales, el Documento de Consenso destaca el Seguimiento Farmacoterapéutico Personalizado que se definió como “la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con medicamentos (PRM) de forma continuada, sistematizada y profesionales del sistema de salud con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente”.

Se da especial importancia en la creación de una cartera de servicios para la oficina de farmacia (OF) y de los que se pudiesen ofertar, se considera esenciales: la dispensación de especialidades farmacéuticas (hoy medicamentos), consulta o indicación farmacéutica, y seguimiento farmacoterapéutico personalizado. Este *Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica*, ya hemos indicado, fue publicado por el Ministerio de Sanidad Consumo.<sup>56</sup>

Al hilo del interés por la Atención Farmacéutica, localizamos un trabajo fechado en 2001, en la publicación *Ars Pharmaceutica*, esa colaboración titulada “Farmacia Profesional - Professional Pharmacy”, estaba redactada en Español e Inglés. Como Coordinación, figuraba María del Val Díez Rodríguez, Consejera Técnica, responsable del Área de Atención

---

<sup>56</sup> Cf. Documento de Consenso Sobre Atención Farmacéutica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría Técnica. Centro de Publicaciones. 2002.

Cf. <https://www.msss.gob.es/profesionales/farmacia/consenso/consenso.htm> Consulta 25/11/2017

Farmacéutica. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios; con la colaboración de otros Cargos del Ministerio de Sanidad.

Estos renglones figuran también en Inglés. Ya en el texto se presenta a doble columna, español-inglés.

Titulado, el trabajo “*Consenso sobre Atención Farmacéutica*” es traducido como “Consensus on Pharmaceutical Care” cosa que nos produce inquietud pues, precisamente en ese momento había algunos Círculos debatiendo sobre el término Pharmaceutical Care, indicando no se correspondía con la traducción Atención Farmacéutica pues no indicaba una misma actuación profesional del farmacéutico.

Seguidamente figura: Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo (sin traducción a idioma Inglés)

“Introducción”. Situación actual de los conceptos relacionados con la Atención Farmacéutica.

Lo primero que intenta, este documento, es centrar el término Atención Farmacéutica indicando:” La implantación generalizada del modelo de Atención Farmacéutica en España, plantea como primera necesidad el circunscribir adecuadamente el término atención farmacéutica en el marco de funciones encomendadas al farmacéutico por la Ley 16/ 1997 de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia”.

Tras debatir las diferentes interpretaciones del término, en ese año 2001, y analizar su significado en la legislación nacional y autonómica se puso de manifiesto la necesidad de estructurar las distintas actuaciones profesionales agrupándolas bajo una denominación.

Concluye este trabajo diciendo que para asentar las bases de ese modelo de ejercicio profesional se proponían destacar el alcance del concepto Atención Farmacéutica, en el que destaca la participación activa del farmacéutico en la dispensación y seguimiento del tratamiento farmacológico, cooperando con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejorasen la calidad de vida del paciente. También implicaría al farmacéutico en actividades que proporcionasen salud y previniesen enfermedades.

Dentro de la Atención Farmacéutica, también apunta que puede agruparse en el ámbito de la clínica, y todas aquellas actividades relacionadas con el uso racional del medicamento. Entre las actividades clínicas destacan la función asistencial en seguimiento fármaco-terapéutico personalizado de forma continuada, donde el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con su medicación (PRM).<sup>57</sup>

En esta situación, tan centrada en la implantación de la Atención Farmacéutica, vamos a presentar un trabajo, que constituye para nosotros la primera información económica de un servicio prestado a la sociedad por la oficina de farmacia. Se encuentra en la *Revista Española Economía y Salud*, editada por la Universidad de Oviedo, y firmado por Laura Cabiedes Miraya; Teresa Eyalar Riera; y otros. Titulado “Evaluación Económica de la Atención Farmacéutica (AF) en oficinas de farmacia comunitaria (Proyecto TOMCOR)”. Estaba dentro de un proyecto europeo que contó con varias colaboraciones para llevar a cabo lo que en Europa llamaron: estudios TOM =Therapeutic Outcome Mesuremet; en Holanda se efectuó el TOM, para Asma, y en España, el TOM para coronarias, TOMCOR.

Este estudio presentaba los resultados del Proyecto de Atención Farmacéutica TOMCOR (Therapeutics Outcomes Monitoring on Coronari Patiens), realizado en 83 oficinas de farmacia ubicadas en cuatro comunidades autónomas (Asturias, Barcelona, Madrid, Vizcaya) tras el seguimiento, durante un año, de 735 pacientes con enfermedad coronaria, divididos en dos grupos: 330 en el grupo de intervención (GI) con Atención Farmacéutica, y 405 en el grupo de control (GC) sin Atención Farmacéutica y bajo el modelo tradicional de dispensación.

Según indican, los costes analizados fueron, el valor del tiempo del farmacéutico atribuido a la Atención Farmacéutica y el impacto económico derivado de la misma en términos de reasignación de recursos en el Sistema Nacional de Salud (SNS) referidos al uso de servicios sanitarios y a gasto en medicamentos.

---

<sup>57</sup> Cf. “Farmacia Profesional-Professional Pharmacy. Consenso sobre Atención Farmaceutica-Consensus on Pharmaceutical Care”. 2001. Díez Rodríguez, María del Val (Coordinadora). En *Ars Pharmaceutical Care*. 42:3-4; 221-241. 2001.



Los resultados presentados indicaban que el tiempo medio anual de Atención Farmacéutica era de 245/minutos/paciente (52 minutos de entrevista inicial; 175 minutos de visitas, y 17 minutos de intervención farmacéutica (IF)) con un coste anual de 8.996 pesetas/paciente (54,07 euros/paciente). Hubo 0,96 IF/paciente con un coste medio de 665 peseta IF (3,94 euros IF).

En términos de impacto neto un paciente con Atención Farmacéutica absorbía al farmacéutico entre 180 y 201 minutos más al año que un paciente sin ella, es decir entre 6.629 y 7.373 pesetas más (entre 39,84 y 44,31 euros más) la diferencia significativa era de,  $p=0,001$ .

La atención farmacéutica en pacientes coronarios agudos apenas alteraba el valor de los recursos empleados, con un ahorro cercano a 2.000 pesetas/paciente/año (12 euros/paciente/año).

Solo resultaron estadísticamente significativos las diferencias del coste de la consulta en Atención Primaria (AP) ( $p=0,03$ ), en urgencias de AP ( $p=0,001$ ) y consultas a los especialistas ( $p=0,70$ )

Por otro lado, no parecía que la Atención Primaria aplicada a la cardiopatía isquémica alterase sensiblemente el gasto en medicamentos, siendo el gasto anual de un paciente con Atención Farmacéutica, 180 pesetas inferior (1,08 euros) al de un paciente sin ella. Este trabajo ocupaba 8 páginas de la revista y en el transcurso de ellas nos presenta:

Tabla 1. Estimación del tiempo empleado por la oficina de farmacia para el Grupo de Investigación.

Tabla 2. El coste del tiempo por parte del Grupo de Control.

Tabla 3. Impacto neto de la Atención Farmacéutica. en el coste del tiempo por paciente. Aquí, nos hace una salvedad: los resultados obtenidos en la estimación de coste de los principales recursos afectados por la AF, se confrontan con los resultados obtenidos en términos de morbilidad, calidad de vida, conocimiento de factores de riesgo, conocimiento sobre los medicamentos y satisfacción del paciente con Atención Farmacéutica.

Desde el punto de vista metodológico consideran preciso señalar que las partes a las que se refiere la estimación de costes no coincidían siempre, exactamente, con las partes que se evaluaron en los resultados de Salud.



Tabla 4. Impacto de la AF en el gasto del Sistema Nacional de Salud (SNS) en servicios sanitarios del paciente.

Tabla 5. Impacto neto de la atención farmacéutica en el gasto del SNS en medicamentos.

Tabla 6. Evaluación económica de la atención farmacéutica. Resumen proyecto TOMCOR.<sup>58</sup>

Utilizando como fuente de información un trabajo realizado por Fernando Fernández-Llimos, María José Faus, y otros, titulado “Seguimiento farmacoterapéutico y dispensación activa: diferencias y similitudes”, publicado en el año 2002. En el “Resumen”, nos indican que, si bien la publicación oficial del Consenso sobre Atención Farmacéutica había aclarado los términos “dispensación activa”, “indicación farmacéutica” y “seguimiento fármaco-terapéutico”, nos advertían que al tratar de llevar a la práctica las líneas generales del Consenso se podía estar cometiendo errores por falta de desarrollo de los conceptos, frecuentemente en relación al concepto “problemas relacionados con medicamentos” (PRM). Por tanto, el objetivo de ese trabajo era analizar las diferencias existentes entre los servicios de atención farmacéutica, seguimiento y dispensación.

Indican que, desde la realización del Consenso sobre Atención Farmacéutica, avalado por el Ministerio de Sanidad, se estaban generalizando las opiniones sobre los tres servicios que se consideraban esenciales en el ejercicio profesional del farmacéutico: Dispensación Activa; Indicación Farmacéutica; y, Seguimiento Fármaco-terapéutico.

Los autores del trabajo nos indican que en el texto del Consenso se define indicación farmacéutica como “el servicio que es prestado ante la demanda de un paciente o usuario que llega a la oficina de farmacia sin saber qué

---

<sup>58</sup> Cabiedes Miragaya, Laura; Eyaralar Riera, Teresa; Arcos González, Pedro; Álvarez de Toledo, Flor; Álvarez Sanchez, Gabriela. 2002. “Evaluación Económica de la Atención Farmacéutica (AF) en oficinas de farmacia comunitaria (proyecto TOMCOR)”. En Revista Española de Economía y Salud. 2002; 1(4): 45-59. Departamento de Economía Aplicada. Universidad de Oviedo.

Cf. Álvarez de Toledo, F.; Arcos González, P.; Eyaralar Riera, T.; et alts. 2001. “Atención Farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (Estudio TOMCOR)”. En Revista española de Salud Pública. Vol. 75, nº4, julio/agosto 2001.

medicamento debe adquirir, y solicita al farmacéutico el remedio más adecuado para su problema” o sea ¿qué me da para...? También nos expone la definición de seguimiento fármaco-terapéutico como “la práctica profesional en que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos, ....., mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación.”

Igualmente nos advierten de que en el Texto del Consenso no define el término “dispensación” aunque sí lo describe diciendo “la dispensación debe tener una actitud activa”, de ahí que actualmente se hable de Dispensación Activa.

En ese punto citaron que, el profesor Félix Sánchez López de Vinuesa indicaba que “se dispensan medicamentos” mientras que “ se despachan servicios”, nosotros, desde su cita de fuentes encontramos el trabajo y consideramos valía la pena dedicar un momento para conocer la opinión del profesor Sánchez López de Vinuesa sobre las características de la dispensación, así vemos nos indica que desde el punto de vista conceptual, la dispensación conlleva una serie de fases que la convierten en un acto claramente diferente de una venta:

a) Consideraciones técnico-sanitarias

- . Sobre la receta (confirmación de su correcta cumplimentación)
- . Sobre el medicamento (verificación de su dosificación, envase con número de unidades, etc.)
- . Sobre el enfermo (confirmación de que ha entendido la pauta posológica, duración del tratamiento, efectos buscados por el medicamento, o bien de que solicita el medicamento adecuado en caso de que no haya prescripción)
- . Evaluación de la relación beneficio/riesgo de la medicación prescrita o solicitada por el paciente.

b) Decisión sobre la entrega efectiva del medicamento al paciente, una vez analizados los parámetros anteriores.

c) Control del fármaco una vez suministrado al paciente con el objetivo de prevenir, detectar y resolver posibles problemas relacionados con el mismo.

Todas estas fases forman parte de una actuación sanitaria que sólo puede y debe ser realizada por un farmacéutico. La entrega física del producto-medicamento no implica una dispensación; ésta se produce cuando el

farmacéutico tras evaluar la información recibida por el paciente, toma una decisión sobre la entrega o no del producto solicitado por el paciente. Su esencia misma consiste en la decisión de entregar o no, tras evaluar toda la información requerida, el producto al paciente.<sup>59</sup>

Por eso encontramos en el Texto del Consenso que “solo si esta actividad sirve de soporte para realizar atención farmacéutica clínica, tendrá justificación su inclusión en el concepto de atención farmacéutica orientada hacia el paciente”.

Aseguran que esta falta de definición podría ser la causa de que algunos autores confundiesen los objetivos que se pretendían alcanzar como un seguimiento fármaco-terapéutico.

Después, acometen los problemas relacionados con los medicamentos, (PRM) desde sus orígenes en 1981. Informan que en 1990, el trabajo realizado por L.M. Strand y colaboradores, nos indican, define y desarrolla por primera vez el concepto PRM, aunque caen en el mismo error de confundir proceso y resultados, pero aunque no es clara al respecto, si es suficientemente aclaratoria de cuál era su intención: “Para que el suceso sea calificado como Problema Relacionado con Medicamentos deben existir al menos dos condiciones:1) el paciente debe estar experimentando o ser posible que experimente una enfermedad o síntoma, y 2) esta patología debe tener una relación identificada o sospechada con la fármaco-terapia.”, en este estudio, aseguran, no quedaba duda de la intención de Strand y col, al ver la forma de enunciar todos los PMR “el paciente tiene un estado de salud.....”, pero el error aparecía en la consideración de dos causas y por tanto elementos de proceso como PRM: las interacciones, y el incumplimiento.<sup>60</sup>

En 2002, Espejo, José y col., publican un trabajo titulado “Problemas relacionados con medicamentos: definición y propuestas de inclusión en la

---

<sup>59</sup> Sanchez López de Vinuesa, Felix. 1996. “Dispensar ¿vender con bata?”. En *Farmacia Profesional*. 1996: 10 (4): 6-14.

<sup>60</sup> Fernandez-Limós, Fernando; Faus Dáder, M.ª José; et alts. 2002. “Seguimiento Terapéutico y dispensación activa: diferencias y similitudes”. En *Pharmaceutical Care España* .2002: 4:179-185.

Clasificación Internacional de la Atención Farmacéutica (CIAP) de la WONKA (Organización Mundial de los Médicos Generales/de Familia)".<sup>61</sup>

En ese trabajo se exponía la Definición de problemas relacionados con medicamentos: "Los PRM son fallos de la fármaco-terapia que, producidos por diversas causas, conducen a que no se alcancen los objetivos terapéuticos o se produzcan efectos no deseados". Y clasifican de problemas relacionados con medicamentos según se hayan producido por Necesidad, por Efectividad, o por Seguridad, especificando:

Necesidad: PRM.1. El paciente sufre un problema de salud por no recibir el medicamento que necesita.

PRM.2. El paciente sufre un problema de salud por recibir un medicamento que no necesita.

Efectividad: PRM.3. El paciente sufre una ineffectividad del tratamiento de origen cualitativo.

PRM.4. El paciente sufre una ineffectividad del tratamiento de origen cuantitativo.

Seguridad: PRM.5. El paciente sufre una inseguridad del tratamiento de origen cuantitativo.

PRM.6. El paciente sufre una inseguridad del tratamiento de origen cualitativo.

Insinúan que estos errores de medicación sean el objetivo final de la Dispensación Activa, pero debía apoyarse en una mejora del proceso de dispensación, como último agente participante en la cadena de uso de medicamentos.

A modo de corolario ponían algunas de las diferencias entre Dispensación Activa y Seguimiento Fármaco-terapéutico:

\_ La Dispensación Activa es una actividad a la búsqueda de un proceso idóneo, trata de que el paciente utilice el medicamento correctamente.

---

<sup>61</sup> Espejo, Jose; Fernández-Llimós, Fernando; Machuca, Manuel; Faus, M.<sup>a</sup> José. 2002. "Problemas relacionados con los medicamentos: definición y propuesta de inclusión en la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) de la WONKA". Pharmaceutical Care España. 2002; 4: 122- 127.

\_ Seguimiento Fármaco-terapéutico es una actividad a la búsqueda de un resultado idóneo, evalúa los resultados obtenidos con el uso del medicamento.

\_ El Seguimiento Fármaco-terapéutico se realiza sobre los pacientes que puedan beneficiarse de él (tratamiento de larga duración) y tras un pacto entre farmacéutico y paciente.

\_ Mientras que la Dispensación debe realizarse con todos los pacientes o sus cuidadores en la entrega del medicamento.

\_ En la Dispensación Activa el registro documental de la actividad es un elemento de apoyo y su misión es la de dejar constancia de lo realizado.

\_ Mientras en el Seguimiento Fármaco-terapéutico este registro documental es una actividad básica que sirve para evaluar los resultados del paciente a lo largo del tiempo.

\_ La Dispensación Activa se realiza en el mostrador de la farmacia, acudiendo en alguna ocasión a la zona de atención personalizada para explicaciones que requieran mayor atención.

\_ El Seguimiento Fármaco-terapéutico debe realizarse siempre en la zona de atención personalizada para permitir una estrecha comunicación con el paciente.

\_ En la Dispensación Activa nunca se deberá incluir elementos propios del Seguimiento Fármaco-terapéutico o a la Indicación Terapéutica, tal y como lo describe el Consenso Español sobre Atención Farmacéutica.

En febrero de 2004, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, impulsó la formación de un grupo de trabajo compuesto por representantes de todos los ámbitos relacionados con la atención farmacéutica (atención primaria, hospitales y oficinas de farmacia) que pasó a denominarse Foro de Atención Farmacéutica (Foro; FAF). Constituido por:

Ministerio de Sanidad y Consumo

Real Academia Nacional de Farmacia

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF)

Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP)

Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC)

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)

Fundación Pharmaceutical Care España  
Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la universidad de Granada.

El objetivo era desarrollar el *Documento de Consenso* sobre Atención Farmacéutica del año 2001. En ese trabajo de 2004 se abordaba la revisión de conceptos y definiciones; consideraron necesario separar, de forma nítida, los problemas relacionados con el proceso de uso de los medicamentos, de los problemas ocasionados en la salud de los pacientes cuando el uso ha conducido a un resultado no esperado o no deseado.

El Foro de Atención Farmacéutica (FAF) definió Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) como aquellas situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación (RNM). Los PRM son elementos de proceso (entendiendo por tal todo lo que acontece antes del resultado) que suponen para el usuario de medicamentos un mayor riesgo de sufrir un resultado negativo asociado a la medicación (RNM).

Los Resultados Negativos de la Medicación (RNM) quedaron definidos como “los resultados de la salud del paciente no adecuados al objetivo de la fármaco-terapia y asociados al uso o fallo en el uso de medicamentos”. Así mismo define como Sospecha de RNM “la situación en que el paciente está en riesgo de sufrir un problema de salud asociado al uso de medicamentos, por la existencia de uno o más Problemas Relacionados con Medicamentos a los que podemos considerar como factores de riesgo”.

El documento tenía una Declaración Inicial, una Justificación y una Declaración Institucional indicando en diez puntos sus compromisos. Este documento y su difusión, fue decidida por las Instituciones participantes en el Foro, en diciembre de 2005.<sup>62</sup>

---

<sup>62</sup>Cf. 2005. [https://www.portalfarma.com/inicio/servicios\\_profesionales/forodeatfarma/Paginas/default](https://www.portalfarma.com/inicio/servicios_profesionales/forodeatfarma/Paginas/default)  
Cf. Internet WWW. portalfarma, com>inicio>Documentos>ATFC\_Guia\_ FORO

*5. INICIACIÓN DEL CONCEPTO DE SERVICIOS ASISTENCIALES FARMACÉUTICOS DESARROLLADOS EN LA FARMACIA COMUNITARIA/OFICINA DE FARMACIA ESPAÑOLA.*

## **5. INICIACIÓN DEL CONCEPTO DE SERVICIOS PROFESIONALES ASISTENCIALES FARMACÉUTICOS DESARROLLADOS EN LA FARMACIA COMUNITARIA ESPAÑOLA / OFICINA DE FARMACIA**

En diciembre de 2005 en la Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada, Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda, defendía su Tesis Doctoral, titulada *Elementos facilitadores y dificultades para la diseminación e implantación de servicios cognitivos del farmacéutico en la farmacia comunitaria española*.

Para nosotros fue el primer contacto con el término: “servicios cognitivos” del farmacéutico en la farmacia comunitaria española.

Comienza indicando que en la oficina de farmacia había aparecido una nueva filosofía de la práctica a realizar, que suponía el pasar de centrar los esfuerzos de los profesionales en el uso de los medicamentos, a centrarlos en los resultados fármaco-terapéuticos. En su opinión era pasar de un modelo consistente en dispensar medicamentos al paciente sin errores, a otro que a más de eso consistía en ayudar al paciente a realizar un mejor uso de sus medicamentos; esto exigía al farmacéutico una mayor implicación y responsabilidad en los resultados fármaco-terapéuticos.

En el tránsito de lo que Gastelurrutia considera la Farmacia Dispensadora a la Farmacia Asistencial, más orientada al paciente, se fueron definiendo servicios que se denominaron Servicios Cognitivos.

Pero no será este el único cambio, ahora afectará a la denominación de nuestra oficina de farmacia que pasará a “farmacia comunitaria”, el propio autor nos explica los motivos: “Este cambio no es cuestión baladí. La denominación de oficina de farmacia hace referencia al local (oficina) y a las actividades que en su interior se realizan (gestión y administración). Por el contrario, el nombre de farmacia comunitaria supone un salto hacia el exterior, hacia el paciente y hacia la comunidad en la que la farmacia se integra y a la que sirve”; además nos indica que cualquier búsqueda bibliográfica exige el término “community pharmacy”.

Sobre los servicios cognitivos, tras definirlos nos indica se dividen en: Servicios Cognitivos orientados al proceso, fundamentalmente para mejorar el uso del medicamento y Servicios Cognitivos orientados a los



resultados, orientados fundamentalmente al análisis y evaluación de los resultados de fármaco-terapia también denominados Servicios Cognitivos Avanzados.

Para aclarar los conceptos nos pone una tabla en la que se nos indica

a) Servicios Cognitivos orientados al Proceso.

- . Programa de intercambio de jeringuillas (PIJ); Programas de mantenimiento con Metadona; Cribados.

- . Indicadores: Presión Arterial; Peso y talla; Química seca; Dispositivos de ayuda al cumplimiento; Educación para la Salud; Consejo Farmacéutico; Revisión de la medicación; Formulación magistral; Mejora continuada de la calidad. La inclusión de esta última actividad lo justifica manifestando “Se incluye como servicio porque supone una mejora en todos los procesos de la farmacia que redundan en una mejora de los servicios prestados”

b) Servicios Cognitivos orientados a Resultados:

- . Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN)
- . Fármaco-vigilancia.
- . Gestión de la Medicación (DSM),
- . Seguimiento Fármaco-terapéutico.

Nos indica Gastelurrutia que el farmacéutico estaba ya ofreciendo de manera cotidiana, “rutinaria” dice, servicios asistenciales que pueden ayudar al cribado de ciertas patologías y al seguimiento de ciertos tratamientos mediante medidas de presión arterial, colesterol, también estaba implicado con éxito en la terapia sustitutiva con nicotina que supone, además de la instauración de un tratamiento, el posterior seguimiento y evaluación de los resultados alcanzados; habiendo, cada vez más una evidencia científica de la mejora de los resultados clínicos y económicos cuando el farmacéutico se involucra.

Pare poder avanzar aconseja que el farmacéutico debería tratar de establecer las necesidades de cada paciente individual, en vez de que a la hora de evaluar necesidades sólo nos basamos en los servicios existentes.

Apunta, que si la evaluación de necesidades se proponía como un desencadenante para iniciar el cambio en los servicios sanitarios existentes en aquel momento (año 2005) lo mejor sería desarrollar definiciones que se orientasen a la consecución del mayor nivel de salud posible y que fuesen clínicamente apropiadas para la población a la que se atendía.

La bibliografía que ofrece Gastelurrutia es inmensa e inmensamente útil, generosamente fácil de localizar y, pese al tiempo transcurrido (2005) vale la pena que lo hojeemos y si alguna cita nos interesa le dediquemos algo de nuestro tiempo a leerlo, pues se nota el esfuerzo por darnos claridad de conceptos y razonamientos que ayudan a comprender y, con una literatura fácil y agradable.<sup>63</sup>

En el 2006 se publicó en la revista *Farmacéuticos*, nº 315; y en *Portalfarma*, la Declaración Institucional de FAF (Foro de Atención Farmacéutica) titulada “Nuestro compromiso del 1 al 10”, que consistía en un manifiesto con 10 puntos clave sobre los que trabajar en Atención Farmacéutica. (AF)

El punto primero, nos insiste en dispensación; indicación farmacéutica; y seguimiento farmacoterapéutico.

El punto dos, nos indica que el paciente es el eje fundamental de la actividad.

El punto tres, nos dice que la aplicación sistemática de la AF asegura la equidad en el servicio asistencial prestado.

El punto cuatro, nos recuerda que la AF proporciona el máximo beneficio de los medicamentos y limita los riesgos.

El punto cinco, habla de nuestro compromiso con la formación y aprendizaje permanente.

El sexto, nos acerca al potencial sanitario de la AF.

El siete, indica utilizar procedimientos normalizados de trabajo (PNT) de AF.

El ocho, se centra en la evidencia científica disponible para aplicar en AF.

---

<sup>63</sup> Gastelurrutia Garralda, M.Ángel. 2005. *Elementos facilitadores y dificultades para la diseminación e implantación de servicios cognitivos del farmacéutico en la farmacia comunitaria española*. Tesis Doctoral. Facultad de Farmacia. Programa de Doctorado en Farmacia Asistencial. Universidad de Granada. 2005.

El nueve, ofrece como se deben organizar recursos humanos y materiales para AF.

El diez, va en la implicación de todos para el desarrollo de la A F.<sup>64</sup>

Indicaban que en el año 2006 preveían completar y editar un Documento Integral para profundizar en el desarrollo práctico de la Atención Farmacéutica.<sup>65</sup>

En 2006 se publica la Ley 29/2006, de 26 de julio de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios. Se trataba de una ley enfocada a la realidad social del siglo XXI, con más protagonismo del uso de medicamentos sin prescripción pero que debe realizarse en el marco del uso racional del medicamento; ante el que el farmacéutico de oficina de farmacia informará, aconsejará, e instruirá, sobre su correcta utilización.

Siendo una Ley de Garantías y uso Racional es lógico el contenido de su art.84: *en las oficinas de farmacia, los farmacéuticos, como responsables de la dispensación de medicamentos a los ciudadanos, velarán por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico responsable del paciente en la prescripción, y cooperarán con él en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de AF, contribuyendo a asegurar su eficacia y seguridad. Asimismo, participarán en la realización de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos a través de la dispensación informada al paciente.*<sup>66</sup>

En 2007 con la publicación de la Ley 22/ 2007, de 18 de diciembre de 2007 de Farmacia de Andalucía se cerraba el círculo de las leyes autonómicas, sobre ordenación farmacéutica.<sup>67</sup>

---

<sup>64</sup> Cf.[https://www.pharmaceutical-care.org/archivos/foro\\_at\\_farma](https://www.pharmaceutical-care.org/archivos/foro_at_farma)

<sup>65</sup> Cf.<https://www.portalfarma.com/inicio/serviciosprofesionales/forodattfarma/Paginas/default.aspx>

Cf.[https://www.pharmaceutical-care.org/archivos/foro\\_at\\_farma](https://www.pharmaceutical-care.org/archivos/foro_at_farma)

<sup>66</sup> Ley 29/2006 de 26 de julio de 2006 de Garantías y uso Racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE, 27/07/2006, 178:28124-28149.

<sup>67</sup> Ley 22/2007, de 18 de diciembre de 2007, de Farmacia de Andalucía. BOJA 28, diciembre, 2007, 254: 6-24.

También en 2007, la revista *Atención Farmacéutica*, publica un trabajo firmado por Miguel Ángel Gastelurrutia y otros, titulado “Barreras para la implantación de servicios cognitivos en la Farmacia comunitaria española”, contiene una interesante investigación sobre preguntas realizadas bajo un riguroso método y con un tratamiento de las respuestas también rigurosísimo.

Al inicio de la exposición los autores, muy brevemente, nos presentan su trabajo:

- . **Objetivo:** Identificar y analizar los elementos que dificultaban la diseminación, la implantación y la sostenibilidad de varios servicios cognitivos orientados a los pacientes en la farmacia comunitaria española.

- . **Diseño:** Estudio cualitativo en el que se habían utilizado entrevistas semiestructuradas, con el fin de realizar un análisis descriptivo.

- . **Métodos:** Se eligieron dos conjuntos de expertos relacionados con la farmacia comunitaria española. El primero estaba compuesto de quince farmacéuticos comunitarios que se hubieran destacado por sus actividades profesionales y el segundo por diez y ocho estrategias de la farmacia.

- . **Resultados:** La falta de orientación clínica de la formación universitaria, la falta de actitud ante el cambio y la incertidumbre sobre su futuro profesional se identificaron como barreras del farmacéutico como individuo.

Para la farmacia como empresa, se identificaron como barreras la falta de pago por los servicios, la ausencia de mensajes claros y el reducido volumen físico (locales pequeños) de la farmacia española.

En la categoría profesional farmacéutica, el sistema de remuneración, la falta de formación universitaria clínica y la falta de liderazgo de las instituciones representantes, fueron las barreras encontradas.

En cuanto a los otros colectivos, se encontró que la falta de apoyo real de las administraciones sanitarias, el desconocimiento de los médicos de los objetivos de los servicios cognitivos farmacéuticos, y la falta de demanda de estos servicios por los pacientes fueron las barreras identificadas.

. Conclusiones: Se habían encontrado doce barreras que las habían agrupado en seis categorías.

En el texto nos indican que había un amplio consenso sobre la importancia de implantar servicios de Atención Farmacéutica en la farmacia comunitaria, pero el proceso del cambio estaba siendo muy lento.

Pese a que los farmacéuticos aprobaban la filosofía de la Atención Farmacéutica, su implantación estaba siendo aún muy minoritaria.

Indicaban que en la literatura científica internacional había algunos estudios sobre las posibles barreras que dificultaban la implantación de servicios cognitivos; también en España, indicaban, se habían realizado algunos estudios para analizar esas posibles barreras, pero a la hora de evaluarlas existían muchas discrepancias entre los resultados publicados por los distintos autores.

Aseguraban que, en este trabajo, la finalidad había sido identificar y analizar qué dificultaba la implantación y sostenibilidad de distintos servicios cognitivos en la farmacia comunitaria a través de las opiniones de profesionales farmacéuticos y estrategias del ámbito de la farmacia. Nos indican que los estrategias tenían, en el momento de la entrevista, responsabilidades y capacidad de decisión para poder diseñar, impulsar, y tratar de diseminar e implantar diferentes servicios cognitivos o programas que incluyeran esos servicios.

Para obtener la información, la entrevista semiestructurada que utilizaron, estaba basada en el guion de entrevistas de Roberts et al. Posteriormente pasaron el texto al programa NUDIST VIVO. (software para análisis cualitativos de datos en todos los entornos)

Seleccionaron la población mediante un muestreo teórico basado en el ámbito de trabajo, todos los participantes debían ser licenciados en farmacia y residentes en el territorio español, y para los estrategias, según su tipo de actividad.

En la selección de farmacéuticos de oficina de farmacia se tuvo en cuenta que fuesen ejercientes y tuvieran experiencia de haber implantado o participado en programas de cualquiera de los distintos servicios cognitivos. Los estrategias eran personas provenientes de distintas áreas en las que definieran los perfiles: Administración sanitaria (A1). Sociedades

científicas (A2). Corporación profesional (C1). Mundo de la comunicación (C2). Asociaciones empresariales (E), y Universidad (U).

Se realizaron 33 entrevistas, 15 grupos de ejercientes y 18 de estrategias, en el periodo de mayo de 2003 a octubre de 2004, la duración media de las entrevistas la situaban entre 40 y 80 min.

Las barreras identificadas se agruparon en 6 categorías según hicieran referencia al farmacéutico, a la profesión farmacéutica, a la farmacia como organización, a la administración sanitaria, los médicos y sus colectivos o a los pacientes.

En el texto que nos ofrecen, presentan preguntas y respuestas literales, creemos seleccionadas de entre las más llamativas para que no se dude de las conclusiones.

En el epígrafe Farmacéuticos: se identificó como barrera la falta de formación que recibían los estudiantes de farmacia, centrada en las ciencias básicas y orientadas a una actividad profesional industrial. También hay un grupo de problemas referentes a la actitud de los farmacéuticos en nada proclive a la implantación de esos servicios, se detectaba un miedo del farmacéutico al cambio pues además opinaba que su futuro profesional era incierto.

En el apartado denominado Farmacia: Pensaban en la falta de pago de los nuevos servicios y consideraba estarían tan mal pagados como en esos momentos se estaba realizando: suministro de metadona, formulación magistral, determinaciones analíticas de química seca, esto era una barrera.

Pero también pensaban que en todo lo referente a sus dirigentes o líderes profesionales no había mensajes claros que mostrasen al farmacéutico el cambio que debían seguir. Se puso de manifiesto que el tamaño de la oficina de farmacia española era demasiado “pequeña” en cuanto al local, y carecía de recursos humanos para la implementación de servicios cognitivos.

Sobre la Administración indicaban, que pese a manifestarse en varios foros, los representantes de la administración sanitaria que expresaban un apoyo a la atención farmacéutica, nunca daban un apoyo explícito, decidido, y esta falta de apoyo era también una barrera para su implantación.

Al informar sobre los médicos decían se había puesto de manifiesto una mala relación entre médicos y farmacéuticos, opinaban que los médicos desconocían las funciones de los farmacéuticos y esa era la causa de que opinasen que estaban incurriendo en intrusismo profesional.

En los pacientes el problema estaba en que no demandaban servicios y por eso lo identificaron como barrera.

Finalmente ofrecen una Discusión muy interesante, nosotros ofrecemos un fragmento pues nos ha parecido razonablemente sincero: “La falta de uniformidad en los distintos proyectos o abordajes unívocos por parte de los líderes profesionales, fueron identificados como barreras. Probablemente, esto no debería entenderse como un motivo para la no implantación de nuevos servicios, sino más bien como una coartada o excusa para justificar su falta de implantación”.

Se encontró, que algunos farmacéuticos estaban de acuerdo en la necesidad de recibir una formación adecuada, con una orientación más clínica y asistencial como una manera de facilitar muy importante, estos eran los farmacéuticos del grupo de estrategias del cambio. Gastelurrutia, por su parte, opinaba que la formación para ejercer servicios profesionales farmacéuticos era diferente a la necesaria para la dispensación, y dice “hoy por hoy el servicio al que se orienta la farmacia”, y debe ser enormemente práctica y documentadas; llegando a proponer la existencia de una especialización o la exigencia de formación específica en SPF, pues sería una buena actitud para su implantación.<sup>68</sup>

Para adentrarnos más en el conocimiento de los servicios cognitivos recurrimos a la información que nos facilita la Tesis Doctoral de Pilar García Delgado realizada en la Facultad de Farmacia, Universidad de Granada, defendida en el año 2008, titulada *Conocimiento del paciente sobre sus medicamentos*. Este trabajo incluye un extenso estudio de los servicios cognitivos donde indica numerosas definiciones, de entre ellas, a

---

<sup>68</sup> Gastelurrutia, M. A.; Fernández Llimós, E.; et alts. 2007. “Barreras para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria española”. En *Atención Primaria*. Vol. 27: 465-470. 2007. El SERVIER.

Cf. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-banes-im...>



nuestro juicio, se ajusta bastante a la realidad la que incluye dada por Roberts y colaboradores, “Aquellos servicios ofrecidos por el farmacéutico en los que utiliza sus conocimientos y pericia para mejorar la fármaco-terapia y la gestión de la enfermedad mediante la interacción con otro profesional sanitario, cuando ello sea necesario”.

No obstante, en nuestra opinión, consideramos que, de las que expone, la definición más completa es la de Gastelurrutia y colaboradores, afirmando que los servicios cognitivos en oficina de farmacia “son aquellos servicios orientados al paciente y realizados por el farmacéutico que, exigiendo un conocimiento específico, tratan de mejorar, bien el proceso de uso de los medicamentos, bien los resultados de la fármaco-terapia”.

Pilar García Delgado, nos indica (como ya nos había indicado Gastelurrutia) que podía decirse que existen dos tipos de servicios cognitivos, unos centrados en el proceso de uso de medicamentos, y otros centrado en la evaluación de los resultados de fármaco-terapia:

- . Servicios cognitivos orientados al proceso fundamentalmente basados en mejorar el uso del medicamento.
- . Servicios cognitivos orientados a los resultados de fármaco-terapia. También han sido denominados “servicios cognitivos avanzados.”<sup>69</sup>

En enero de 2004, había nacido una nueva revista denominada “*AULA farmacéutica*”, y su encabezamiento indicaba: Revista Profesional de formación continuada. Tras el logotipo de Sistema Nacional de Salud, continuaba: Comisión de Formación Acreditada, o´4 créditos por tema; Actividad acreditada por la Comisión Formación Continuada.

Aparecía constituida por las siguientes Secciones: Formación Acreditada; Formación Continuada; Formación Empresarial/Fiscal; Formación Empresarial / Laboral; Medicamentos/Servicios Profesionales; Gestión de Calidad/ Formación Continuada; Parafarmacia /Formación Continuada.

Este era el Volumen 1 – Número 1 – enero 2004

Real Academia de Farmacia.

---

<sup>69</sup> García Delgado, Pilar. 2008. *Conocimiento del paciente sobre sus medicamentos*. Tesis Doctoral. Facultad de Farmacia. Programa de Doctorado de Farmacia Asistencial. Universidad de Granada 2008.



El apartado Editorial corrió a cargo del director de la Revista D. Alejandro Egulleor.

En este Número 1 se ofrecía un Curso de Formación Acreditada ONLINE compuesto por 20 Temas y duración, Enero de 2004 a Diciembre de 2005. El Curso respondía al Título “Descripción de Servicios Profesionales desde la Oficina de Farmacia”.

El primer tema que se abordaba se denominó “Aproximación al Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica.” Firmantes: María José Faus Dáder, Profesora en la Universidad de Granada. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (CTS-131) Universidad de Granada; y Manuel Machuca González, Farmacéutico Comunitario. Grupo de Investigación en Fármaco-terapia y Atención Farmacéutica (CTS -259), Universidad de Sevilla.

Es un excelente trabajo, como todos los de ese Grupo de Investigación. Pone al día de todo lo que dentro y fuera de España se trata sobre Atención Farmacéutica, indicándonos que ese Documento de Consenso tenía como objetivo “ayudar a los farmacéuticos a poner en marcha un nuevo ejercicio profesional cuya finalidad es contribuir a que los pacientes obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que utilizan”. De la página 24 a la 36, nos ponía al día en definiciones, programas, métodos y nos decía “todo ello para conseguir un servicio de excelencia, que ayude al resto de profesionales sanitarios y sobre todo a los pacientes.”<sup>70</sup>

En el *Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica*, tantas veces citado en este trabajo, encontramos que al referirse a la integración de la atención farmacéutica en la asistencia sanitaria se expresa así: “las novedosas responsabilidades que introduce en la profesión farmacéutica la atención farmacéutica deben estar encuadrada en el marco global de la asistencia sanitaria especialmente la asistencia primaria.

El objetivo preferente de los modelos sanitarios consiste en proporcionar una asistencia integral a los sujetos de una comunidad, con la máxima

---

<sup>70</sup> Faus Dáder, M.<sup>a</sup> José; Machuca González, Manuel. 2004. “Aproximación al Documento de Consenso Sobre Atención Farmacéutica”. En *Aula Farmacéutica*. Vol. 1 (1): 24-36. 2004.

calidad posible, siendo indispensable a este fin la coordinación de todos los profesionales implicados. El farmacéutico es uno de ellos.

La participación multidisciplinaria, coordinada y solidaria constituye la plataforma natural de actuación sanitaria. La atención farmacéutica, tiene vocación asistencial, por lo que debe mirar y relacionarse con el equipo básico de salud, cuyo núcleo es precisamente el Centro de Salud de la Comunidad. La nueva e importante responsabilidad de los farmacéuticos de intervenir, para garantizar la máxima efectividad de los tratamientos farmacológicos, plantea sin reserva, la necesidad de integración”.<sup>71</sup>

La prensa profesional también se implicó en ayudar para un mejor conocimiento de la Atención Farmacéutica así encontramos que en 2004, según la publicación *Correo Farmacéutico*, ellos, realizaron una encuesta a los asistentes a la Jornada Formativa en Atención Farmacéutica que, con motivo de su tercer aniversario dedicó, esta publicación, en el mes de julio, para analizar como implantar un servicio de Atención Farmacéutica.

Publicado el resultado en el número correspondiente a la semana de 6 a 12 de septiembre de 2004, nos informa que, de los 100 asistentes al evento, participaron en la encuesta 51 farmacéuticos procedentes de distintos puntos de España; de estos encontramos que, a la primera pregunta formulada sobre si ofrecían algún servicio de A.F el 58% respondió afirmativamente.

La segunda pregunta, dirigida solamente a los que habían respondido afirmativamente a la primera, era qué tipo de actividad realizaban fueron: 20% Dispensación activa protocolizada y el 29% Campañas de prevención y educación sanitaria.

La tercera pregunta se centraba en qué servicios consideraban ser más factibles para empezar en Atención Farmacéutica, a lo que un 57'1% respondió Dispensación Protocolizada.

La cuarta cuestión planteaba qué servicio consideraba, realmente, más importante para ofrecer en la oficina de farmacia, a ello contestó un 41'5%

---

<sup>71</sup> Herrera Carranza, J. 2003. “Cadena Terapéutica del Medicamento. Farmacia Clínica. Atención Farmacéutica”. En, Herrera Carranza, J. *Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica*. Cap.1:1-18. EISERVIER. Madrid. 2003.

Dispensación protocolizada; 27'3% Seguimiento fármaco-terapéutico personalizado; 16'9% Campañas de prevención, educación.

La quinta pregunta les planteaba, a su juicio, las principales barreras que existían para desarrollar la atención farmacéutica en la oficina de farmacia, las respuestas fueron: 26'6% falta de tiempo; 13'7% falta de recursos humanos; 12'9% difícil comunicación con el médico; 12'1% falta de formación; 8'9% falta de espacio; 1'6% falta de "herramientas"; 2'4% otros motivos; 0'8% no sabe/ no contesta.

La sexta cuestión indicaba ¿qué beneficios percibe que pueda ofrecerle la atención farmacéutica?: 42'2% mejora la imagen de la farmacia como establecimiento sanitario; 37'2% mejora la salud del paciente; 16'5% fideliza al cliente/paciente; 2'1% libera de carga asistencial a los Centros de Salud; 1% otros; el resto ns/nc.

La séptima y última pregunta planteaba ¿cree que es necesario impulsar acción de marketing para vender a la sociedad los servicios profesionales que puede ofrecer la oficina de farmacia?, respuestas: 90'2% si; 7'8% no; 2% ns/nc.<sup>72</sup>

---

<sup>72</sup> Cf. Encuesta "Como implantar un servicio de Atención Farmacéutica", realizada a los asistentes a la "Jornada Formativa en Atención Farmacéutica". En Correo Farmacéutico, semana de 6 a 12 de septiembre de 2004.

En un número de la publicación *Pharmacy Practice* ofrecida en versión impresa, o en línea (utilizada por nosotros) encontramos unos trabajos del año 2004, correspondientes colaboraciones presentadas en una mesa redonda constituida bajo el tema “Formas de abordar la Dispensación”, cuyo responsable era María Teresa Eyalarar, donde se nos ofrece el contenido de tres trabajos elaborados, con el fin de participar en la mesa redonda, para explicar con toda claridad, tras sus títulos, los objetivos, el material y métodos indicando donde se realizó la investigación cuyos resultados nos proporcionan.

El primer trabajo presentado bajo el título “Análisis de la dispensación en pacientes que inician tratamiento” firmado por María Teresa Eyalarar indica que el trabajo va enfocado a presentar las respuestas del farmacéutico para cumplir los objetivos de la Dispensación Activa según el Consenso de Atención Farmacéutica.

Nos explica que el trabajo lo prepararon un farmacéutico y un auxiliar quienes elaboraron el Protocolo Normalizado de Trabajo (PNT) realizando diariamente un registro de las intervenciones encaminadas a mejorar el uso de los medicamentos y a prevenir o resolver (según el caso) las consecuencias de los problemas relacionados con los medicamentos (PRM).

En el apartado “Resultados”, destaca la carga de trabajo que supone para la farmacia, teniendo en cuenta el número de pacientes que inician tratamiento, con el total de pacientes atendidos, también analiza las dificultades de uso en especialidades farmacéuticas complicadas, los pacientes derivados al médico durante el mes de estudio, las intervenciones realizadas y su influencia en el médico y el paciente.

El segundo trabajo realizado por Raquel Varas se titula “Formas de abordar la dispensación”, comienza indicando que hacía dos años que el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF) como apoyo a la Atención Farmacéutica había ideado el llamado Plan Estratégico para el desarrollo de la Atención Farmacéutica intentando generalizar de forma homogénea lo que estaban llevando a cabo los farmacéuticos a título individual, en grupos de trabajo colegial, en asociaciones o en sociedades científicas.

Indicaba que, en los últimos siete años, según el informe que periódicamente realizaba el Consejo General, titulado: Valoración del

Consejo sanitario de las oficinas de farmacia; las visitas a las farmacias se habían incrementado un 21%, demostrándose la confianza que deposita en el farmacéutico la ciudadanía. Hace también una recomendación: utilizar el BOT PLUS del Consejo General en su Módulo específico de Atención Farmacéutica, considerando que la dispensación es la entrega de medicamentos protegiendo al paciente de problemas relacionados con los mismos.

El tercer trabajo, presentado por Yolanda Tellache va titulado “Dispensación activa. Implantación en la oficina de farmacia”, se centra en que la dispensación es lo más demandado en la oficina de farmacia. Denominamos “Dispensación Activa” al servicio o actuación profesional en la que el ciudadano solicita un medicamento concreto, mediante una prescripción médica, o sin ella caso de que desee automedicarse, aquí la actuación del farmacéutico empieza por investigar la posible existencia de problemas, y deberá acompañarla de instrucciones con el correspondiente contenido profesional.

Al explicarnos el proceso incide en las condiciones previas a la implantación del procedimiento: medios humanos, medios materiales (sin olvidar el espacio para atender de forma personalizada), elaboración de Protocolo Normalizado de Trabajo (PNT) y la documentación necesarios según avance el proceso, PNT de distribución de tareas, PNT de formación del personal, PNT de Dispensación Activa; cuantos archivos como sean necesarios. Incluye tres anexos para facilitar los modelos de las distintas obligaciones, y es una gran fuente de ayudas para valorar los resultados.

Estamos exponiendo situaciones y utilizando conceptos que tal vez generen confusión no deseable para el paciente ni para el propio farmacéutico de oficina de farmacia, hablamos de aconsejar ante una prescripción médica y ante una automedicación. Tenemos que matizar la diferencia entre “consulta de indicación farmacéutica” y “consejo farmacéutico” pues, pasamos por el compromiso y la responsabilidad profesional que se supone a la primera y que, tácitamente, le falta al segundo. El farmacéutico siempre asume las consecuencias de las

recomendaciones efectuadas, y garantiza la eficiencia y la confidencialidad.<sup>73</sup>

Durante el año 2005, el contenido de la prensa profesional es un perfecto reflejo de la situación que se vivía en las oficinas de farmacia en medio de una crisis de rentabilidad, y siempre pensando en el interés de ofrecer a los usuarios servicios profesionales, a ser posible, remunerados.

La revista *El Global*, en su número correspondiente a la semana del 13 al 19 de junio de 2005, bajo el epígrafe general de: “Diez años de atención farmacéutica en el Colegio Oficial de Farmacéuticos. (Se refería al de Madrid) En una página dividida en dos columnas, ofrecía dos trabajos, uno de ellos firmado por Gloria Irazu, bajo el título “Una mirada al pasado de la Atención Farmacéutica” y un subtítulo “Varios profesionales rememoran los proyectos pioneros en Atención Farmacéutica. Daba entrada a este recordatorio (ya que el cuerpo principal era la experiencia de tres farmacéuticos de oficina de farmacia pioneros en atención farmacéutica, por iniciativa propia, totalmente independientes) diciendo que, gracias al trabajo e interés de los profesionales en oficina de farmacia, los proyectos de Atención Farmacéutica, que comenzaron con una experiencia piloto allá por 1998, empujaron con su labor a lo que en 2005 resultaba un valor añadido.

La primera rememoración corre a cargo de Carmen Cociña quien explicó, en una mesa redonda, que proponía como tema “Pasar de la teoría a la práctica en Atención Farmacéutica” su experiencia como farmacéutica participante en el proyecto piloto de atención farmacéutica en hipertensión arterial, llevado a cabo en 1998. Sin ningún tipo de facilidades para realizarlo indicaba “con la idea de aumentar la calidad asistencial de estos pacientes, aquel grupo de trabajo encontró algunos problemas como la falta de interés del equipo de Atención Primaria, o la poca constancia del paciente”. Sin embargo, consiguieron participasen 26 farmacéuticos, se realizaron 1.519 tomas de tensión en 484 personas y se diagnosticaron 187 realmente hipertensas”.

---

<sup>73</sup> Ayaralar, M.ª Teresa. Coordinadora mesa redonda.2004. “Formas de abordar la dispensación”. En *Pharmacy Practice*. Año I. Vol. 2, número Su I. Pags. 1-12. Centro de Investigaciones y Publicaciones Farmacéuticas. 2004. Granada. España.

Cf. [Journal @pharmacypractice.org](mailto:Journal@pharmacypractice.org).

Otro de los proyectos, arrancados al pasado, lo proporcionó María Jesús Rodríguez, farmacéutica y coordinadora de grupos de trabajo en Atención Farmacéutica recordando un estudio en diabetes realizado en 2001 y también los estudios que realizaba en ese momento (2005), consistentes en guías fármaco-terapéuticas sobre laxantes y descongestivos nasales como parte de su trabajo diario.

El último testimonio que nos proporciona este trabajo lo protagoniza un farmacéutico experto en Atención Farmacéutica quien nos plantea un repaso de su actividad profesional retrotrayéndose 30 años, y había llegado a la conclusión de que, pese a que en ese momento tenía la Atención Farmacéutica un papel sanitario más definido y respaldo legal, él manifestaba que aún veía que faltaba para culminar su “proyecto sueño” de dar una atención farmacéutica personalizada a cada paciente, con los datos de sus patologías, los fármacos que tomaba y todo lo necesario para completar su informe, y terminaba diciendo “ todo ello, cobrando como un acto profesional que merece un reconocimiento”.

En la otra columna que nos ofrece esta página, se encuentra bajo el título “La especialización en AF, un paso necesario para la formación profesional” la exposición de las manifestaciones que en la mesa redonda “Formación en Atención Farmacéutica” hicieron sus ponentes. Se inicia con la intervención de D. Ángel Villar del Fresno, catedrático de Farmacología en la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid, que indicaba su convicción de que “el arraigo de la práctica de la Atención Farmacéutica entre los profesionales debe comenzar en las aulas de la Universidad”, incluida en los planes de estudio de la Licenciatura de Farmacia. Esta inclusión, indicaba, debía realizarse “no como una asignatura, ni una orientación, sino como un desarrollo de tipo profesional integrado en diversos conocimientos” lo que supondría una especialización del alumno en Atención Farmacéutica. Volviendo a la literalidad del profesor Villar “para ejercer esta profesión, el farmacéutico necesita una especialización y una formación reglada que le capacite para ello”.

Otro de los ponentes de la mesa redonda, D. Luis Miguel Esteban Ortiz, profesor en la Facultad de Farmacia de la Universidad San Pablo- CEU coincidiendo con lo manifestado por el profesor Villar, también él abogó en



la obligatoriedad de incorporar la Atención Farmacéutica a la carrera de Farmacia.

La psicóloga D<sup>a</sup> Nuria Calderón, de la facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, presentó en la mesa los resultados de un programa de formación sobre comunicación interprofesional dirigido a farmacéuticos que, en su opinión, ofrecía altas expectativas respecto a la Atención Farmacéutica. En esta mesa también participaba D. Luis Gómez, vocal de los titulares de oficina de farmacia del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid quien, respecto al contenido de la anterior interviniente indicó: “en la actualidad, 163 farmacéuticos y 151 oficinas de farmacia, participan en varios talleres sobre esta actividad”.<sup>74</sup>

En la publicación Correo Farmacéutico correspondiente a la semana del 4 de julio de 2005 en la página 26, sección “Entorno” ofrece: Curso Básico de Atención Farmacéutica; continúa indicando Bloque 1, Tema 1, e informa, Apoya: Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios; Patrocina: Sandoz Think Generics; Organiza: *Correo Farmacéutico*; Imparte: Cátedra Universidad de Granada-Sandoz de Docencia e investigación en Atención Farmacéutica.

Como título; “A F: concepto y componentes en el consenso español (I)”

1. Consideraciones previas Sus autores y sus credenciales eran:

María José Faus, Profesora de la Universidad de Granada y directora de su Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica y del Programa Dáder de seguimiento fármaco-terapéutico.

Pedro Amariles, Profesor de la Universidad de Antioquía (Colombia), miembro del Grupo de AF de la Universidad de Granada y coordinador docente del curso.

Hacen una escueta, pero muy interesante presentación del contenido, acompañada de Bibliografía y, ahora que conocemos la importantísima y excelente labor en Atención Farmacéutica de la profesora Faus resulta admirable aceptar que debemos superar el miedo para conseguir un

---

<sup>74</sup> Irazu, Gloria, 2005. “Una mirada al pasado de la Atención Farmacéutica”. *EL Global* semana 13 a19 de junio de 2005, pág. 19.

Cf. “La especialización en AF, un paso necesario para la formación profesional”. 2005, mesa redonda organizada en el marco de “Diez años de Atención Farmacéutica en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid.” *El Global*, semana 13 a 19/junio 2005.pag 19 a 22



propósito. Lo comprobamos leyendo la frase que acompañó en esta presentación: “No hay nada más difícil de emprender, más peligroso de realizar o más incierto de lograr que tomar la iniciativa de introducir un orden nuevo. W.E. Deming”

En el texto apreciamos que, como siempre en los escritos firmados por estos autores, se centra en dar a la Atención Farmacéutica la importancia que merece, pues en esas dos palabras abarcamos toda actividad asistencial dirigida al paciente que utiliza medicamentos. Vamos encontrando aspectos de la misma que casi monopolizará nuestra prestación, es el seguimiento fármaco-terapéutico (SFT) del que esperamos obtener los mejores resultados posibles en la utilización de esos medicamentos por parte del paciente.

En este punto es muy interesante centrar nuestra atención en lo que nos aporta el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Utilizando información facilitada por este grupo (se encuentra en la introducción de algunas de sus publicaciones) para conocer el Método Dáder de seguimiento fármaco-terapéutico. De esta manera sabremos como el Método Dáder, surgió “en 1999 para dar cobertura al proceso que se enseñaba en el Programa Dáder”, este método se va revisando periódicamente en función de las aportaciones resultantes de sus investigaciones, revisado en 2003, 2005 y en su tercera edición en 2007; es un método de trabajo que sirve para cualquier paciente cuales quiera que sean su enfermedad y tratamiento pues va a la simplificación en el convencimiento de que, para que un procedimiento se pueda extender y convertirlo en una práctica generalizada, habrá de ser lo más simple posible.<sup>75</sup>

Pese a lo dilatado en el tiempo desde que se advirtió de lo imprescindible que era la Atención Farmacéutica; para garantizar resultados terapéuticos y económicos, a lo largo de él siempre se intentó mejorarla y generalizarla; en este último sentido se diseñó, por parte del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, el denominado *Plan Estratégico para el*

---

<sup>75</sup> Cf. Grupo de Investigación de A.F, Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión 2005). *Pharmacy Practic*. 2006, Granada, vol 4,(1):44-53. Redondela ene/mar.2006. Cf. *Pharmacy Practic* (Granada) versión on-line ISSN 1886-3655: versión impresa ISSN 1885-642X

Método Dáder. Guía de Seguimiento Fármaco-terapéutico. Tercera Edición, 2007

*desarrollo de la Atención Farmacéutica. Evolución 2002-2004.* Realizado por P. Capilla, C. Peña, J. Herradón, J. Carbonell, M. Fuentes, I. Linaza, L. Amaro. Se diseñó la Primera Fase correspondiente al año 2002.

Este Plan Estratégico era un proyecto global constituido por el conjunto de acciones encaminadas a facilitar la difusión, integración e implantación de la Atención Farmacéutica en el colectivo farmacéutico a través de sus Colegios Profesionales en coordinación con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

En la presentación del Plan el número de colegiados participantes fue de 4.031, lo que constituyó un 15% del total de farmacéuticos ejercientes en ese momento.

El documento nos facilita un mapa de España donde consta cada ciudad con Colegio y el número de colegiados asistentes de cada Colegio, encontramos ausencia de datos en ocho ciudades con Colegio profesional.

En el documento se indica que el Consejo General lidera este Plan Estratégico con el fin de conseguir: universalizar la práctica de la Atención Farmacéutica; y facilitar la máxima calidad en la asistencia sanitaria.

El Objetivo Final era potenciar los aspectos asistenciales de la función del farmacéutico, considerando al paciente el eje de su actuación profesional en la práctica de la Dispensación Activa, la Indicación Farmacéutica, y el Seguimiento Fármaco-terapéutico.

También nos indica sus objetivos generales, que transcribimos:

“Objetivos Generales

- Evolución del modelo profesional
- Adecuar la actividad profesional a las demandas y necesidades sociales
- Ofrecer información más completa y personalizada del medicamento
- Modernización y tecnificación de la asistencia sanitaria
- Análisis, evaluación y exportación de los datos recibidos de la práctica profesional diaria,
- Consolidar una Red Farmacéutica de carácter nacional”

La Segunda Fase se realiza en el año 2003, y el propósito era el de iniciar, a los participantes, en el desarrollo práctico.

El Plan Estratégico considera las necesidades para una buena praxis en Atención Farmacéutica y responde estableciendo el sistema que facilite la práctica profesional:

“-La formación y capacitación profesional

- . La documentación
- . El registro de la actuación y posterior transmisión o comunicación de los datos para su exposición”

En la puesta en marcha los Colegios participaban activamente organizando los Talleres Prácticos sobre Atención Farmacéutica en aulas informáticas; se organizaron grupos de trabajo para el desarrollo de las actuaciones. En esta segunda fase participaron 1.600 farmacéuticos, facilitando el mapa con el número de farmacéuticos por Colegio.

La Tercera Fase, correspondiente al año 2004, el Consejo General desarrolla el proyecto con la “Primera Acción – Dispensación Activa en Estatinas-”, acreditado con 5’1 créditos por la Comisión de Formación Continuada del Ministerio de Sanidad y Consumo, diseñando un material específico y una estrategia consensuada de actuación. Se indican cinco puntos esenciales para interrogatorio correspondiente a la Dispensación Activa, y después regular la siguiente actuación.

En esta Fase participaron 3.500 farmacéuticos procedentes de casi todos los Colegios Profesionales.<sup>76</sup>

Entre las publicaciones del Foro, en 2007 se reunieron para preparar un documento en el que nos indican “De acuerdo con el Documento de Consenso del Ministerio de Sanidad y Consumo”, procedían a presentarnos que la Atención Farmacéutica tenía tres pilares fundamentales: Dispensación, Indicación Farmacéutica, Seguimiento Fármaco-terapéutico. Desarrollándolo extensamente.

Seguidamente exponen el “estado de la implantación de la Atención Farmacéutica en España” insistiendo en los beneficios que ofrece.

También abogan por la introducción de la materia Atención Farmacéutica en los estudios universitarios tanto en el Grado como en el Post-Grado, completando así el segundo y tercer ciclo de la formación universitaria.

---

<sup>76</sup> Cf. [www.portalfarma.com/Profesionales/jornadas/congresos/informacion/Documentos](http://www.portalfarma.com/Profesionales/jornadas/congresos/informacion/Documentos)

El siguiente punto que abordan es la formación continuada, explicando las características de las herramientas informáticas de atención farmacéutica con una completísima información de qué y cómo debe ser la atención farmacéutica. Este interesante trabajo que está firmado en 29 de octubre de 2007, publicado en enero de 2008.<sup>77</sup>

En diciembre de 2007 en la Universidad de Oviedo se presentó una Tesis Doctoral, bajo el título *Seguimiento farmacoterapéutico, factores psicosociales y procesos de cambio en farmacéuticos comunitarios españoles*, firmada por Emma Zardain Tamargo. Fue una investigación financiada por la Universidad de Oviedo, la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias y el Fondo de Investigación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Cinco años después de leída la Tesis, la Universidad de Oviedo galardonó el trabajo con Premio Extraordinario de Doctorado correspondiente al Departamento de Medicina.

Basada en el estudio de una encuesta postal nacional realizada por SeFar-España, la autora del trabajo se preguntaba ¿por qué sólo el 12% de los farmacéuticos españoles que respondieron a la encuesta hacían seguimiento farmacoterapéutico y todos los del resto tenían una actitud poco positiva, pero lo consideraban bueno?

Indicaba que la primera limitación del estudio se relacionaba con el propio método de encuesta postal. Opinaba que este método tenía una tasa de respuesta baja y al ser respuestas voluntarias podían haber contestado los titulares más motivados no representativos de la población total.

En el trabajo se recogieron datos sobre lo que demandaban los farmacéuticos para la provisión del servicio y pedían, entre otros, implementar programas que mejorasen su actitud, resaltando las ventajas percibidas, prestigio profesional, los beneficios para el paciente.

Reclamaban acabar con las barreras, sobre todo: carga de trabajo, herramientas informáticas, entrenamiento de habilidades, y remuneración del servicio.

Piden una mejor comunicación con los Colegios de Farmacéuticos, con la Administración y entre los profesionales sanitarios

---

<sup>77</sup> Cf. Foro, 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo. Documento de Consenso. Enero 2008.

Al considerar todo lo que habían contestado los encuestados, de su trabajo dedujo, que los farmacéuticos consideraban ventaja al realizar este servicio como: prestigio profesional y beneficio para los pacientes; desventajas: falta de tiempo, carga de trabajo.

Aconsejaba darles facilidades para poder adquirir y utilizar esas herramientas informáticas que demandaban para ahorrar tiempo. Promover la formación y conocimiento del servicio entre los clientes. Solicitar ayuda a la Administración y a los Colegios profesionales.

Observaba como desde la lectura de su Tesis se habían puesto en marcha módulos de Gestión y Seguimiento; existía más posibilidad de formarse en Atención Farmacéutica y consideraba un hecho muy relevante la celebración del Foro de Atención Farmacéutica donde se redactó un documento con pautas a seguir en este tema.

Insistía en que se debía aumentar la colaboración médico-farmacéutico.

Consideraba magnífico el servicio de “sistemas de dosificación para pacientes” y la atención domiciliaria. Los pacientes que más lo necesitan: hipertensos, asmáticos, algunas cardiopatías. ¿Qué necesita el farmacéutico?, remuneración, apoyo institucional. Seguían siendo un problema las tareas burocráticas que tenía el farmacéutico y los protocolos para realizar los servicios, que le obligan a contratar un adjunto para sacar adelante el trabajo.<sup>78</sup>

En ese año 2007, la Universidad de Granada publicó la primera Edición del libro realizado por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Facultad de Farmacia: *Atención Farmacéutica: Servicios farmacéuticos orientados al paciente*. En 2008 se publica la segunda Edición del libro realizado por el citado Grupo de investigación, que añadía *Claves para ejercer la farmacia asistencial*.<sup>79</sup>

En 2008, la opinión de un médico intenta sacarnos, un poco, de nuestra indecisión. En la publicación *el farmacéutico*, número Extra de febrero, R. Guayta-Escolies, médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, en Barcelona, inserta un trabajo que titula “La gestión del cambio:

---

<sup>78</sup> Zardain Tamargo, Emma. 2008. *Seguimiento Farmacoterapéutico, factores psicológicos y procesos de cambio en farmacéuticos comunitarios españoles*. Tesis Doctoral. Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo. Diciembre 2007.

<sup>79</sup> Internet Cf. [www.atencionfarmaceutics.urg.es/index.pdf](http://www.atencionfarmaceutics.urg.es/index.pdf)

nadar o naufragar” en el que comienza advirtiéndonos que la actuación de los profesionales farmacéuticos en los sistemas de salud de los países de nuestro entorno estaba cambiando, desde hacía años.

Nos recuerda que la estrecha relación del farmacéutico en el proceso terapéutico nos ponía en una situación muy ventajosa para identificar las necesidades de salud del ciudadano e intervenir en su proceso terapéutico cerrando el círculo asistencial del paciente.

Según él, existía una creciente complejidad de las necesidades detectadas en el sistema sobre envejecimiento, prevalencia de enfermedades crónicas, enfermedades emergentes, dependencia, multiculturalidad, asistencia domiciliaria, nuevas tecnologías, etc., de acuerdo con esas necesidades se debían ofrecer esos servicios a través de la oficina de farmacia.

Considera al farmacéutico como un elemento clave en el sistema de salud y es el indicado para realizar, en su oficina de farmacia, actividades de cribado y abordaje de factores de riesgo sobre grupos con elevada prevalencia; sistemas personalizados de dosificación (SPD) dirigidos a personas ancianas dependientes como soporte a los cuidadores no profesionales; atención farmacéutica.

Advierte que muchos de estos servicios nuevos estaban basados en novedosos programas piloto que habían demostrado tanto su factibilidad como la evidencia de su beneficio, como resultado de los esfuerzos de las distintas organizaciones profesionales, grupos de investigación y sistemas sanitarios que se habían orientado a la definición e implantación de estos servicios.

Se lamentaba, el autor, de que el farmacéutico no hubiera sabido convencer de los resultados objetivos que se obtendrían si se aceptaban estos servicios, y de que la Administración no diera el paso de reconocer explícitamente, como lo había hecho con otros profesionales sanitarios, ni se daba a los farmacéuticos un apoyo decidido para implantar esos servicios.

Prestar estos servicios, no demandados la mayoría de las veces, depende de la voluntariedad y de la asunción previa del coste que supone en logística: formación, tiempo y oportunidad.

Por otra parte, había que considerar las aptitudes de los profesionales o la formación curricular de los farmacéuticos que, tal vez, no favorecía la

implantación rápida y homogénea del cambio. También había que pensar que la gestión de estos servicios conducía, necesariamente a una acreditación de los profesionales que debía ser un proceso que garantizase la calidad de su ejecución.

El establecimiento de una cartera de servicios evaluados, acreditados, y consensuados con los diferentes actores sanitarios, debía ser, además, atractiva y eficiente para los posibles pacientes/clientes.<sup>80</sup>

En enero de 2008, el Foro de Atención Farmacéutica (FAF) cuyos integrantes eran en ese momento:

- . Ministerio de Sanidad y Consumo
- . Real Academia Nacional de Farmacia
- . CGCOF (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos)
- . Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP)
- . Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC)
- . Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFAH)
- . Fundación Pharmaceutical Care España
- . Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

Publica un *Documento de Consenso* encaminado a exponer los acuerdos adoptados con la finalidad de facilitar terminologías, conocimientos generales, que ayudasen a la práctica en los servicios de Atención Farmacéutica. Además, estas instituciones ligadas a la oficina de farmacia, consideraron necesario no interrumpir su trabajo ya que el objetivo de Foro era la implantación generalizada de estos servicios en todas las farmacias de España.

Se ahonda en la definición e importancia de la dispensación, indicación farmacéutica y el seguimiento farmacoterapéutico.

Indican que ya en 2005, en los trabajos que realizaron las Facultades de Farmacia de España para el diseño de los Títulos de Grado adoptando las normas del Espacio Europeo de Educación Superior se había presentado ante la ANECA (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación), en la propuesta de título de Grado en Farmacia, entre otros

---

<sup>80</sup> Guayta-Escolies,R. 2008. "La gestión del cambio: nadar o naufragar". En el farmacéutico. Extra. Febrero 2008. Pags. 44-51.



asuntos se recogieron algunas consideraciones en el ámbito de Atención Farmacéutica. Consideran es necesaria la toma de contacto de los alumnos con la realidad asistencial y, aunque las Prácticas Tuteladas sean una toma de contacto, las necesidades formativas en Atención Farmacéutica debían estar presentes en la preparación del Grado, en el Post Grado y en la Formación continuada.

En esta publicación el Foro insiste se debe considerar la Atención Farmacéutica como materia troncal en los estudios de Grado.<sup>81</sup>

Con este compromiso, en 2008 les pareció oportuno crear un nuevo grupo bajo la denominación de Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria, cuya mención habitual es AF-FC. (FAFEC).

Siguiendo con la costumbre, FAFEC, nos presentan un Boletín con una novedad que esta publicación ofrece; establece unas recomendaciones dirigidas a empresas que desarrollan programas de gestión para oficinas de farmacia:

- Han de estar integradas en los programas informáticos de gestión, automáticamente, la actividad cotidiana en cada paciente asistido. Este hecho representaría cambiar el concepto de uso de soportes informáticos, pasando de ser un punto de venta a ser “terminales de atención farmacéutica.
- Han de proporcionar información actualizada y fiable y facilitar la bibliografía cuando sea precisa.
- Deben dar acceso a la información clínica del paciente, en cualquiera de los ámbitos asistenciales.
- Deben ser aplicativos prácticos, sencillos, intuitivos y con sistema de registro automático.
- Garantizar sistemas de alertas/avisos en contraindicaciones, interacciones, precauciones, reacciones adversas cuantificadas, incompatibilidades, para facilitar la actividad del farmacéutico particularmente en la dispensación informada al paciente, con información complementaria (exhaustiva) para permitir la consulta
- Actualización permanente y capacidad de adaptación a nuevas necesidades de Atención Farmacéutica.
- Permitir configurar el sistema para poder trabajar en distintos niveles de servicio a voluntad del farmacéutico.

---

<sup>81</sup> Cf. Foro de Atención Farmacéutica. Panel de Expertos (2008). Documento de Consenso. Enero 2008. Edita Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid. 2008.



- Debe permitir intercambio de información entre diferentes profesionales para la mejora de resultados de la intervención y la explotación estadística de los datos.
- Contener en su diseño el sistema de trabajo en los procedimientos de actuación consensuados con Foro.
- Garantizar la confidencialidad y seguridad de los datos de carácter personal/sanitarios, adaptados a la Ley.
- Compatibles con los sistemas de nuevas tecnologías.

Finaliza la presentación ofreciéndonos un glosario que incluye definiciones repetidas, y algunas nuevas:

- . Atención Farmacéutica
- . Dispensación
- . Indicación Farmacéutica
- . Seguimiento Farmacoterapéutico
- . Incidencia: es cualquier circunstancia relacionada con la farmacoterapia que, en el transcurso del procedimiento establecido para la Dispensación, no concuerda con una situación esperada o aceptada e interrumpe el procedimiento, obligando a evaluarlo en Episodio de Tratamiento.
- . Episodio de Seguimiento: es el estudio puntual de una incidencia en el servicio de Dispensación en el que utilizando la metodología propia de SFT, de trata de identificar el PRM (la causa y por tanto, el riesgo de que aparezca un RMN) o el RNM.
- . Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM)
- . Resultados Negativos Asociados a la Medicación (RNM)
- . Información Personalizada Sobre el Medicamento (IPM): Es aquella información que el farmacéutico aporta al paciente sobre su tratamiento, en el proceso de la Dispensación, con el objetivo de alcanzar un uso efectivo y seguro del mismo.
- . Problemas relacionados con los medicamentos (PRM): Aquellas situaciones que causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado al uso de medicamentos (RNM). Los PRM son elementos del proceso que suponen al usuario de medicamentos un mayor riesgo de sufrir un RNM.
- . Resultados negativos asociados a la medicación (RNM): Son resultados negativos en la salud del paciente, no adecuados al objetivo de la farmacoterapia, asociados o que pueden estar asociados a la utilización de medicamentos.

. Intervención: actuación dirigida a modificar alguna característica del tratamiento, del paciente que lo utiliza o de las condiciones de uso, y que tiene como objetivo resolver un PRM/RNM.<sup>82</sup>

---

<sup>82</sup> Cf. Foro de Atención Farmacéutica. “Farmacia Comunitaria. Guía Práctica”. En Farmacéuticos Comunitarios. 2010. 2 (2).

6. *ESTUDIOS Y CONSIDERACIONES PREVIAS A LA  
INSTAURACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES  
ASISTENCIALES FARMACEÚTICOS EN LA OFICINA DE  
FARMACIA.*

## **6. ESTUDIOS Y CONSIDERACIONES PREVIAS A LA IMPLANTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES FARMACÉUTICOS EN LA OFICINA DE FARMACIA.**

Los servicios profesionales farmacéuticos son una compartimentación, dentro de la realización de la atención farmacéutica, sirva de ejemplo el origen de uno de los pilares de este trabajo doctoral: el servicio de SPD (Sistemas Personalizados de Dosificación), en la preocupación de la Atención Farmacéutica sobre los problemas terapéuticos que se deducen de una situación de “no adherencia”, por parte del paciente, al tratamiento y pauta indicados por el médico, el servicio SPD ofrecido en las farmacias es un elemento cuya eficacia está comprobada y, por tanto aprobada su realización y oportunamente reglados por los organismos rectores del ejercicio profesional farmacéutico: Consejo General de Colegios Oficiales Farmacéuticos, y por los propios Colegios Profesionales.

En este momento recordamos a la profesora Faus, cuando nos dejó escrito, en el año 2005, “No hay nada más difícil de comprender, más peligroso de realizar o más incierto de lograr que tomar la iniciativa de introducir un orden nuevo”. Era la Atención Farmacéutica, y todo lo que estamos revisando, de 2008-2009, consiste en: abundancia de guías, de definiciones, pero implantación, poca.

Intentando llegar a conclusiones convincentes que poder ofrecer a los pacientes y a las Administraciones Públicas, se iniciaron algunos Proyectos.

El Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; las Universidades de Granada y la Tecnológica de Sidney, con la colaboración de Laboratorios Cinfa, ponen en marcha el proyecto conSIGUE cuyos objetivos eran medir el impacto del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico a mayores crónicos polimedicados, así como la efectividad del programa para la progresiva implantación del Servicio en las farmacias.

La primera fase del programa conSIGUE –entre 2009 y 2013- permitió evaluar el impacto de la intervención del farmacéutico ofreciendo el SFT (Servicio Fármaco Terapéutico), desvelando que permitía reducir un 54’1%

los problemas de salud no controlados; un 53'1 % las visitas de urgencia; y un 59'8 % los ingresos hospitalarios, además de una reducción media de 0'39 medicamentos.

La segunda fase – entre 2013 y 2016 – permitió evaluar un programa de implantación que garantizaba que el 90% de las farmacias pudieran incorporar el Servicio con éxito.

De esta manera, los farmacéuticos -en colaboración con pacientes y otros agentes sanitarios- estarían contribuyendo a la optimización de los resultados.

La tercera fase-2017 y 2018, era de generalización del servicio, y los resultados preliminares fueron presentados en Lisboa en la I Conferencia Internacional de Farmacia Práctica en presentación trabajo-poster que fue premiado.

Respecto al progreso de la implantación (tercera fase) en los primeros 6 meses de trabajo participaron 133 farmacéuticos en 83 farmacias de distintos colegios. De las 83 farmacias, tras los 6 meses, el 9'64 de ellas seguían en preparación, el 81'93% estaban en fase de prueba y el 8'43 habían alcanzado la fase de implantación. Los farmacéuticos utilizaron la plataforma Nodofarma para el registro de sus intervenciones, tanto los prestadores del SFT como los Formadores Colegiales (FoCo) de su actividad diaria en las farmacias.

Desde su inicio, conSIGUE, conto con la colaboración de los laboratorios Cinfa, con el apoyo de la Fundación Pharmaceutical Care y la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC). También contó con la implicación de diferentes universidades nacionales (San Jorge de Zaragoza, UPV del País Vasco, Granada) e internacionales (Tecnológica de Sidney-Australia; Leeds – Reino Unido-).

Terminado el estudio, se facilitaron los resultados a todos los medios de comunicación profesionales. (soporte papel y on line).

Basándonos en la información ofrecida por Carmen Torrente Villafranca en Correo Farmacéutico de 23/abril/2019 conocemos que, aplicando esta actuación, el ahorro estimado fue:

- . 303 millones de euros en medicamentos. Reducción del 54,1% los problemas de salud no controlados.
- . 340 millones de euros en visitas a urgencias. Reducción en un 53,1%, visitas a urgencia.

- . 1.629 millones de euros, ingresos hospitalarios. Reducción en más de un 59,8% los pacientes hospitalizados.
- . Reducción media de 0,39 medicamentos por paciente.
- . Beneficio Asociado 2.108 millones de euros, calidad de vida del paciente (AVAC).

Según Miguel Ángel Gastelurrutia, esto se traduce en un mejor coste-efectividad, con un ahorro de 273 euros por paciente y año, refiriéndose también a que “por cada euro invertido en SFT se podría generar entre 3,3 y 6,2 euros de beneficio.”<sup>83</sup>

El FAFEC (Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria) en mayo de 2010 presentó en Madrid la *Guía Práctica para los Servicios de Atención Farmacéutica en la Farmacia Comunitaria*, en donde se marcan una serie de objetivos, alguno que ya eran de tiempo atrás por eso los puntos empezaban por: Mantener; Alcanzar; Generalizar; Potenciar; Facilitar; y la última “Proponer” acciones conjuntas que sirvieran para difundir la imagen estable de unión a favor de la generalización de la AF como servicio profesional actual y de futuro.

Esta Guía se editó con el patrocinio de laboratorios Cinfa. Consta de una Introducción bajo el título de “Situación actual de los conceptos relacionados con la Atención Farmacéutica”.

Le sigue la descripción de la Dispensación, después la Consulta indicación farmacéutica (medicamentos que no requieren prescripción médica), para concluir con el Seguimiento Farmacoterapéutico Personalizado.

El esquema de presentación de su contenido es un protocolo idéntico para los tres encabezamientos: Concepto; objetivos; requisitos; diseño del servicio; evaluación; resumen. Concluyendo con la correspondiente Bibliografía.<sup>84</sup>

En el año 2011, FAFEC estableció un plan de reuniones con las empresas comercializadoras de programas de gestión para la integración de los módulos de AF ya que era fundamental.<sup>85</sup>

<sup>83</sup> Torrente Villacampa, Carmen. 2019. “El proyecto “conSigue” supuso un ahorro de 273 euros por paciente y año”. En *Correo Farmacéutico*. Profesión. Farmacia comunitaria. 23/abril/2019.Pags. 6-7.

<sup>84</sup> Cf. FAFEC. *Guía Práctica para los Servicios de Atención Farmacéutica en la Farmacia Comunitaria*. Patrocinio: Laboratorios Cinfa. En *Pharmaceutical Care España*. 2010.9: 10

<sup>85</sup> Cf. FAFEC. 2014. Memoria. Págs.14-26.

Por su parte el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, también en 2011 creó la Red de Investigación en Farmacia Comunitaria (RIFAC), resaltando el papel del farmacéutico como profesional sanitario y promover la colaboración de este con el resto de profesiones sanitarias además de evaluar su función promocionando la salud, previniendo enfermedades y, en consecuencia, trabajando para racionalizar el gasto sanitario estudiando el impacto económico en el Sistema Nacional de Salud (SNS).<sup>86</sup>

El Club de la Farmacia, creado por Almirall en 2002, como plataforma profesional de referencia para la oficina de farmacia/farmacia comunitaria, en ese momento estaba muy consolidado. En 2011, a través de la publicación *diariofarma*, comentaba que la participación en Cartera de Servicios, aportaría un plus de calidad al Sistema Sanitario y a la vez serían muy necesarios para los pacientes y conseguiría, también, un plus asistencial.

Esta cartera indica, debía ser el complemento perfecto para completar un servicio basado en la oferta de actividades que beneficiasen al paciente y que fueran “compradas” por administraciones, aseguradoras, instituciones y organizaciones privadas, laboratorios y pacientes individuales.

El primer paso sería, por parte de la farmacia, la selección de servicios y su oferta.

No todas las Oficinas de Farmacia ofertarían todos los servicios, ni todos los servicios, tenían por qué, ser ofertados desde todas las Oficinas de farmacia.

Para seleccionar, se recomienda, partir de unos criterios de base:

- a) Necesidades del entorno de clientes/pacientes.
- b) Conocimiento de la actividad-estar acreditado-
- c) Demanda de la actividad
- d) Espacio físico de la Oficina de Farmacia
- e) Tiempo y recursos para desarrollar la actividad

---

<sup>86</sup> Cf. <https://www.portalfarma.com/profesionales/investigacionfarmacia/paginas/investigacionenFarmacia.aspx>

Tras indicarnos todo lo que se debe considerar para acertar en la decisión de cualquier servicio que se ofreciera, nos da la descripción de programas que se incluirán en una posible “Cartera de Servicios”.

Es una buena cartera de servicios y su contenido explicado con toda brevedad.

Estos servicios eran:

- 1. Servicios Personalizadora de Dosificación (SPD)
- 2. Programa de Mantenimiento con Metadona (PMN)
- 3. Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ)
- 4. Programa de Recesión Tabaquica
- 5. Dispensación de Medicamentos de Uso Hospitalario
- 6. Participación en estudios clínicos-Investigación-
- 7. Atención Farmacéutica-seguimiento farmacoterapéutico-
- Servicios de Atención Farmacéutica a Residencias Geriátricas
- 9. Fórmulas Magistrales
- 10. Ortopedia
- 11. Programas de cribaje
- 12. Consejo nutricional
- 13. Educación sanitaria

Tras la descripción indica “Cuando se elabora una “Cartera de Servicios” hemos de pensar a quien puede beneficiar y a su vez..., quien estaría dispuesto a pagar por ello·, cada actividad interesaría a tipos de clientes diferentes, pero debemos disponer de una selección amplia basada en parámetros muy definidos”.<sup>87</sup>

Entre los cometidos de RIFAC, era promocionar la investigación y desarrollo de la farmacia buscando financiación para los proyectos; en ese momento habían desarrollado cuatro proyectos en A F:

. Programa ConSIGUE.

. Programa Adhiérete.<sup>88</sup>

---

<sup>87</sup> Cf. <https://www.clubdelafarmacia.com/blogclub/gestion/cartera-de-servicios-en-la-farmacia>

<sup>88</sup> Cf. <https://www.portalfarma.com/profesionales/investigacionfarmacia/adhierete/Paginas/Programa-Adhierete.aspx>



. El estudio Azuaga, que consistió en la implantación de un Piloto de servicios de Atención Farmacéutica a personas dependientes, AFADEP, con la colaboración de Laboratorios Esteve, que fueron los promotores. Se realizó en cuatro farmacias de la provincia de Badajoz, dos de ellas establecidas en Azuaga, de las 15 que fueron invitadas, y se desarrolló en los años 2009 y 2010. El objetivo del estudio fue revisar la medicación de cada paciente, evaluar el cumplimiento terapéutico, detectar posibles PRM y RNM, se realizó SFT y SPD en los casos que fueron necesarios.<sup>89</sup>

. Y, estudio sobre conocimiento y adherencia a inhibidores de la bomba de protones.

En ese momento (2012), un problema importante dentro de la sanidad nacional lo constituía la deshaderencia de los pacientes con su medicación.

La falta de adherencia a los tratamientos prescritos por los facultativos, estaba considerado como un problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El incumplimiento de los pacientes, mayoritariamente crónicos, repercutía en una cifra alrededor de 125.000 millones de euros en gasto sanitario de la Unión Europea y 11.250 en el ámbito nacional, según informaban.

Ante esta situación surgió en junio de 2012 el Observatorio de Adherencia al Tratamiento (OAT), como una iniciativa independiente, de un grupo multidisciplinar de profesionales de la salud, que integraba a la medicina especializada, la medicina de atención primaria, la enfermería y la farmacia, que ofrecía soluciones integrales basadas en las áreas de Adherencia, Cronicidad y Pacientes, valorando las diferentes necesidades de los distintos “stakeholders”.

A través de un Comité Científico, compuesto por profesionales sanitarios líderes de opinión, con gran experiencia en estas áreas, disponía las acciones a realizar. Esta iniciativa, decían sus promotores, había surgido por la necesidad de generar conocimientos, habilidades y aptitudes en un tema tan fundamental como era la adherencia terapéutica y no solo cara a fortalecer la indicación farmacológica, sino en un sentido más amplio,

---

89

Cf.

<https://www.portalfarma.com/profesionales/investigaciónfarmacia/estudioazuaga/Paginas/estudio-Azuaga.aspx>

destinado a promover el autocuidado y los hábitos saludables, involucrando a todos los stakeholders (palabra inglesa que en el ámbito empresarial significa “interesado” parte “interesada”, de forma positiva o negativa).

Apuntan 7 valores que son los principios éticos en los que se asienta su iniciativa: Pasión, Integridad, Implicación, Confianza, Esfuerzo, Innovación, Calidad.<sup>90</sup>

No solo la no adherencia del paciente con su medicación será el problema que afecta, a estas alturas, a los profesionales farmacéuticos, también hay uno que apena a todos aquellos farmacéuticos ilusionados con la Atención Farmacéutica. La publicación *el farmacéutico*, en su versión en línea “el farmacéutico.es.Profesión y Cultura”, nos ofrecía el 20 de enero de 2012, una colaboración de Manuel Machuca González titulada “Diez años de consenso de atención farmacéutica”. Iniciaba su exposición indicando “El pasado 18 de diciembre se cumplió el décimo aniversario del Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica. Aquel día, en la sede de la Real Academia de Farmacia se presentó el texto que un grupo de expertos trabajó durante bastante tiempo, con el bienintencionado objetivo de desarrollar una práctica profesional incipiente, la esperanza de una generación de farmacéuticos, que soñaba con un futuro asistencial orientado a los pacientes”

El contenido es difícil de resumir, por eso prefiero transcribirlo: “En aquel tiempo, dos personas que ya no están con nosotros: el anfitrión del acto, Juan Manuel Reol Tejada, entonces máximo responsable de la Academia, y Joaquín Bonal, que ostentaba la presidencia de la Fundación Pharmaceutical Care España. Los dos, antiguos Directores Generales de Farmacia.

Aquel documento que alentó con ilusión el que era, en ese momento, Director General de Farmacia, Federico Plaza, diseñó una cartera de servicios para la farmacia comunitaria, que luego ha sido desarrollada por el Foro de Atención Farmacéutica que lidera el Consejo General de

---

<sup>90</sup> Cf. Revista *Pharma Market*, página Web [www.phmk.es](http://www.phmk.es)

Cf. <https://www.pkmk.es/noticias/instituciones/asociaciones>

Cf. *Ser Médico*. El Blog de Julio Zarco, 5 de julio de 2012. Nace el Observatorio de Adherencia al Tratamiento.

Cf. [juliozarco.com/nace-el-observatorio-de-adherencia-al-tratamiento-oadt/](http://juliozarco.com/nace-el-observatorio-de-adherencia-al-tratamiento-oadt/)

Colegios Farmacéuticos y respaldan las organizaciones profesionales más relevantes del mundo de la farmacia.

Hablar de aquel documento de consenso diez años después no es fácil, porque la atención farmacéutica, continúa lejos de hacerse realidad en cualquier entorno profesional. Fue el texto que dio la razón a los farmacéuticos comunitarios más contrarios a la práctica que nacía, a aquellos que defendían que la atención farmacéutica se había hecho toda la vida. Fue así porque se incluyó la actividad de dispensación como práctica de atención farmacéutica. Después los farmacéuticos de hospitales también han utilizado la denominación seguimiento farmacoterapéutico cuando, es en realidad, para una práctica de dispensación activa de medicamentos, y que lo único que tiene de seguimiento es citar periódicamente al paciente para volver a hacer una dispensación activa y verificación del cumplimiento de lo que prescribe el médico. Si ya nos cargamos la denominación atención farmacéutico, también la de seguimiento se está tergiversando. Es lo que pasa por hablar y no practicar.

Dicen que errar es humano y estoy seguro que quienes colaboramos en el grupo de expertos, nos equivocamos, porque diez años después la atención farmacéutica no es solo inexistente, si no que representa una gran frustración para quienes algún día soñamos con verla hecha una realidad.

Aunque errar pueda ser humano, persistir en el error es menos perdonable. Y eso es lo que está pasando en este momento: insistir en consensuar, discutir, pactar y pensar en lo que es políticamente correcto, si es que hay algo políticamente correcto en una práctica que supone un cambio tan radical y revolucionarlo. Para comodidad de quienes han perdido la fe en esta práctica.

A pesar de todo esto, diez años después, hay tres cosas que están muy claras, muchísimo más claras que entonces.

La primera es que consensuando todo lo consensuable no se llega a nada. Puede ser muy entretenido para quienes están, pero el camino del cambio siempre es políticamente incorrecto. Los cambios son al servicio de la sociedad, y si solo se orientan a nuestro ombligo no sirven.

La segunda es que no se puede poner puertas al campo. Y cuando algo es importante y necesario, por muchos fracasos que haya en el camino seguirá

existiendo esa necesidad. Y que a ella se llega desde la práctica y no desde el despacho.

Y la tercera que, si después de tanto tiempo todo sigue igual o peor, habrá que cambiar de táctica y de personas. ¿O no?<sup>91</sup>

En mi opinión, es difícil expresar el desencanto y más difícil aun cuando lo estas contando en un momento en el que el ánimo ofrece poca contención. No pretendo juzgar a nadie y no es mi estilo de vida y nada necesario para esta Memoria opinar de personas que no están presentes, sólo quiero recordar lo que está en el contenido de este trabajo; cuando comentamos este primer Documento de Consenso indicamos no lo podían presentar en la Real Academia pues no lo habían presentado al Ministerio y por tanto no tenían su opinión, informe, nada; también, como lo manifestamos en nuestra exposición, tuvieron la suerte de que Federico Plaza con su afable trato y buen hacer, se encargó de gestionarlo. He preferido transcribir a Manuel Machuca pues comprendo que cuando se te unde una ilusión te espresas atropelladamente, lo mismo que cuando tienes la ilusión en la cresta de la ola te atropelles y se olvide un trámite imprescindible.

Los días 24 a 26 de octubre de 2012 se celebró en Santander el XVIII Congreso Nacional Farmacéutico y en sus reflexiones finales sobre Farmacia y Nuevas Tecnologías, figuraba:

. Es imprescindible profesionalizar la gestión de la información sanitaria en el contexto de la salud 2.0 pues constituye una revolución social importante.

. La Organización Farmacéutica Colegial posee un papel clave como facilitadora de la infraestructura tecnológica necesaria para abordar diferentes proyectos del SNS.<sup>92</sup>

Personalmente, en cuanto al “contexto salud 2.0”, pienso tendrá que estudiarse detenidamente. Salud 2.0 es un concepto que defiende la visión integral e innovadora del modelo de sanidad, es la renovación del concepto salud tradicional, dando nuevos métodos, medios, herramientas y formas de

---

<sup>91</sup> Machuca González, Manuel. 2012. “Diez años de consenso de atención farmacéutica”. En *el farmacéutico.es*. Ya viene el sol. 20 enero 2012.

Cf. [index.php/ya-viene-el-sol/item/1481-diez-años-de-consenso-de-atencion-farmaceutica](http://index.php/ya-viene-el-sol/item/1481-diez-años-de-consenso-de-atencion-farmaceutica)

<sup>92</sup> Cf. [congresos.portalfarma.com>XVIII\\_Congreso\\_Nacional\\_Farmaceutico](http://congresos.portalfarma.com>XVIII_Congreso_Nacional_Farmaceutico).

Cf. <https://www.portalfarma.com>Paginas>Previa-CNF-2012>

comunicación diseñadas para interactuar, mejorando la gestión del proceso de control de las personas. La Salud 2.0 ofrece una interfaz de paciente-médico; profesional-profesional; profesional-paciente.

En cuanto a mi opinión sobre Salud 2.0, está pendiente de que lo conozca un poco más y ver en que “interfaz” le dan, si no protagonismo, al menos un lugar al farmacéutico de oficina de farmacia.

Creado a finales de 2010, el Proyecto Salud 2.0 se considera una apuesta innovadora y arriesgada que ha organizado, según informan, diez encuentros de debate y formación realizados en Madrid, Barcelona, Tarragona, Valencia, Sevilla, Alicante, Granada, Pamplona, Bilbao y Castellón.

Menarini España, también organiza sus propios encuentros sobre Salud 2.0.

Se indica que la meta final es mejorar la relación entre médico y paciente, la atención sanitaria, la gestión farmacéutica, el consejo de enfermería, y la práctica clínica. Fundamentalmente está pensado para Atención Primaria.<sup>93</sup>

La última información que me ha interesado, corresponde al nº de noviembre de 2018 de *Redacción Médica*, del Grupo Menarini; en el que Mónica Mora, responsable de Comunicación y RSC del Grupo Menarini, presenta un artículo titulado “Queremos que los profesionales se integren en el entorno de la Salud 2.0”, en el que presenta los resultados de un nuevo proyecto “Sherpas 2.0”, indicando es una iniciativa que tiene por objetivo acabar con el aislamiento digital e integrar a los profesionales sanitarios en el entorno de la Salud 2.0. También ofrece como novedad el Curso “Claves para la práctica profesional en entornos de Salud 2.0” que consiste en un material formativo diseñado para que puedan seguirlo los profesionales con un nivel medio de conocimiento sobre salud digital.<sup>94</sup>

Concluyo aquí la información sobre Salud 2.0, confirmando la convicción ya manifestada, tendré que dejar pasar más tiempo para poder cerrar una opinión.

---

<sup>93</sup> Oliver-Mora, Martí; Iñiguez Rueda, Lupiciano. 2017. “Identificación de Experiencias de Salud 2.0 en el ámbito de la Atención Primaria en España”. En, *Índex de Enfermeria*, vol. 26, nºs 1-2. Granada, enero/junio, 2017.

<sup>94</sup> Moro, Mónica. 2018. “Queremos que los profesionales se integren en el entorno de Salud 2.0”. En *Redacción Médica* (Grupo Menarini) noviembre. 2018.

Continuando la cronología de nuestra investigación, nos incorporamos a junio de 2012, cuando surge un documento de consenso en Adherencia y Cumplimiento Terapéutico, publicado por SEMI (Sociedad Española de Medicina Interna) titulado *Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectivas de futuro*. Coordinado por el expresidente de SEMI y por el Subsecretario y Coordinador del Grupo de Adherencia de la Sociedad Española de Hipertensión; figurando Coautores: un catedrático de Economía de la Universidad Pablo Olavide de Sevilla; un miembro del Grupo de Trabajo de Gestión de Medicamentos y Seguridad del Paciente; de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN); un vocal de Foro del Paciente; la Secretaria General del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (en ese momento Ana Aliaga); y el presidente del Consejo General de Enfermeros de España.

Los puntos que aborda son:

- . Definición de cumplimiento.
- . Magnitud del incumplimiento.
- . Relación entre cumplimiento y evolución de la enfermedad.
- . Cumplimiento y morbilidad.
- . Cumplimiento y costes sanitarios.
- . Factores relacionados con el incumplimiento terapéutico farmacológico.
- . Métodos de medida del cumplimiento.
- . Evidencias contrastadas sobre estrategias eficaces para favorecer el cumplimiento terapéutico farmacológico.
- . Estrategias de eficacia demostrada para aumentar el cumplimiento.
- . Conclusiones y recomendaciones.
- . Glosario de abreviaturas y términos. Bibliografía.

Todo trabajo de investigación interesa, pues unas veces proporciona novedades, otras veces aporta discusión eficaz con los datos de que se dispone, otras te ayudan a organizar, con un sentido más lógico, la información ya obtenida, en este último grupo consideramos está la aportación de este trabajo.

Encontramos cuantificados los motivos habituales de la mala adhesión terapéutica farmacológica y claramente indicado “una proporción importante de pacientes no fue capaz de dar un motivo que explicara su

falta de adhesión”, esto da una idea a sumar a las dudas que nos deja siempre la entrevista personal.

La tabla de las causas, habituales, de la baja adhesión nos indica:

“Desconocimiento, 32-39,8%.

Olvido, 22,6-73,2%.

Desmotivación/desidia, 14,6-16%.

Efectos adversos o miedo a sufrirlos, 2-13.3%.

Otras causas, 0-35.8%.”

Ante la existencia de distintos tipos de variables que influyen en el incumplimiento, de la tremenda relación que obtendríamos de aportaciones por expertos o grupos de expertos, este Documento de Consenso tiene la habilidad de proporcionar una lista con las situaciones y circunstancias preponderantes y que siempre tendremos en aviso.

Nos expone en una tabla con título: “Factores que influyen en la adherencia terapéutica”, cuyo contenido copiamos:

“-Características del paciente

- . Actitud despreocupada hacia la enfermedad y/o al tratamiento.
- . Escaso grado de conocimiento de la enfermedad y/o de la terapia.
- . Desconfianza en la eficacia del tratamiento.
- . Escasa motivación para recuperar la salud.
- . Enfermedad percibida como poco grave.
- . Desconocimiento de las consecuencias.
- . Edades extremas: niños y ancianos.
- . Nivel de educación bajo.
- . Status económico bajo.
- . Inestabilidad emocional, depresión, personalidad hipocondríaca

-Características del régimen terapéutico.

- . Poli terapia.
- . Pautas posológicas complejas y/o incómodas.
- . Incomprensión del régimen terapéutico.
- . Aparición de efectos secundarios.
- . Características organolépticas desagradables.
- . Formas farmacéuticas y/o envases de uso complejo.
- . Coste de la medicación.



- . Administración oral frente a la parenteral.
- . Tratamientos preventivos / profilácticos.
- . Tratamientos crónicos y/o recurrentes.

#### -Características de la enfermedad

- . Enfermedad “silente” o poco sintomática.
- . Patología crónica, recurrente y/o recidivante
- . Enfermedad leve y/o ausencia de complicaciones.
- . Coexistencia de otra patología asociada.

#### -Características del entorno familiar y social

- . Existencia de problemas de comunicación interfamiliar o social.
- . Alto grado de conflicto entre las normas familiares/sociales y la conducta a seguir.
- . Asistencia de los niños a consulta sin un adulto responsable.
- . Escasa supervisión de la toma de la medicación.
- . No haber ningún antecedente de la enfermedad dentro de la familia o amistades.
- . Soledad (vivir solo).

#### -Características de la estructura sanitaria

- . Burocracia asistencial.
- . Cambios de médico.
- . Dificultad de acceso a los centros sanitarios.
- . Coste de la asistencia.
- . Tratamientos ambulatorios frente a los hospitalarios.

#### -Características del profesional sanitario médico, enfermero y farmacéutico.

.Desconfianza o poca cooperación entre el paciente y el profesional sanitario.

.Profesional con aptitudes y actitudes negativas para presentar la información: falta de empatía, desmotivación, etc.

- . Ausencia de instrucciones escritas.
- . Lenguaje demasiado técnico.
- . Escasa o nula cooperación entre el médico y el farmacéutico.”



El estudio que ofrece sobre el paciente no cumplidor, antes de centrarse en patologías concretas nos expone, de forma general, que el incumplimiento más elevado se encuentra en individuos de mayor edad; mujeres; “raza negra;” y pacientes con depresión.

Al iniciar el bloque dedicado a la propuesta de estrategias encaminadas a aumentar el cumplimiento nos hace un acercamiento a la visión del paciente y la falta de cumplimiento terapéutico, donde conceden una labor relevante: las asociaciones de pacientes asumiendo un papel clave en la formación de pacientes y cuidadores; programas como la Universidad de los Pacientes y el Foro Español de Pacientes (FEP), con sesiones formativas como el “Curso de Paciente Experto”. De esta manera se dota a pacientes y cuidadores de unas capacidades, conocimientos y habilidades adecuadas para gestionar su salud.

En cuanto a los mecanismos, sistemas o dispositivos encaminados a ayudar a cumplir el tratamiento se recomienda:

Con el fin de que el paciente pueda tomar decisiones relacionadas con el control de su enfermedad se debe fomentar el aprendizaje de técnicas y el manejo de material que permita al paciente el autocuidado como los:

- . Monitores de automedicación domiciliaria de la presión arterial.
- . También se aconseja incluirlos en los grupos recomendados para el servicio de SPD, la adquisición de contenedores de medicamentos; relojes; alarmas que recuerden la hora de la toma.

En la utilización de los recursos indicados hasta aquí, aseguran tiene una importancia grande la frecuencia de asistir a la farmacia o la solicitud de que en ella le expliquen más el funcionamiento de los dispositivos. Así nos insisten que la intervención de los farmacéuticos, había demostrado su eficacia como estrategia para aumentar el cumplimiento en los estadios 3-6 de la enfermedad renal crónica; en la Diabetes Mellitus (DM); en la HTA aumenta el grado de control y disminuir las cifras de PA en las dislipemias y en la insuficiencia cardiaca.

En la farmacia es importante reforzar la educación sanitaria personalizada a cada paciente.

En el apartado Costes Sanitarios, no resuelven nada. Indican “El incumplimiento farmacológico incrementa el gasto en medicamentos. La

relación entre el cumplimiento del tratamiento farmacológico en las enfermedades crónicas, fundamentalmente en las enfermedades cardiovasculares y en el tratamiento de los diferentes factores de riesgo cardiovascular y los costes sanitarios, ha sido suficientemente demostrado”. Se sabe que puede condicionar hasta un tercio de los ingresos hospitalarios, incrementa el gasto en pruebas complementarias y visita médica, dispara el gasto en fármacos por el aumento de las dosis, asociación de otros fármacos y/o cambios en la medicación y es responsable de un mayor absentismo laboral.

Es sorprendente, sin embargo, que los diferentes planes de salud, las diferentes políticas sanitarias y, sobre todo, los diferentes agentes de salud, tienen escasa consideración en este aspecto del absentismo laboral, ahora (2018) tampoco lo esgrimimos contundentemente, y tal vez les convenza más el absentismo laboral que la ruina de las farmacias.<sup>95</sup>

En septiembre de 2013, contando con la participación de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Guipúzcoa, Huelva, Cáceres, Murcia y Valencia, además del Consejo de Colegios de Farmacéuticos de Cataluña; el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, presentó un documento destinado a promover la correcta utilización del Sistema Personalizado de Dosificación (SPD) en las farmacias. También contó con la colaboración de la Fundación Pharmaceutical Care y la SEFAC (Sociedad Española de Farmacia Comunitaria).

Razonaban que en España los SPD no habían sido establecidos de forma homogénea; Comunidades como el País Vasco y Cataluña tenían un sistema muy desarrollado, en otras estaba pendiente de definición.

Para ayudar a la instauración general del servicio realizaron este documento de consenso bajo el título de *Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT)* con el fin de que los farmacéuticos responsables de oficina de farmacia tuvieran información suficiente para decidir si se sumaban voluntariamente a este servicio.

---

<sup>95</sup> Pinto, José Luis; Fernández de Castro Martín, Nuria; Barragán, Begoña; Aliaga, Ana; González Jurado, Máximo. 2012. *Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectivas de futuro*. Documento de Consenso. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). 2012.

Nos recuerdan que los SPD, son estrategias posteriores a la dispensación, destinadas a optimizar la adherencia al tratamiento de los pacientes.

Junto al PNT se presentó un documento titulado: *(SPD), Estrategia de Política Profesional*, que insistía en que incorporarse al sistema requería criterios de inclusión de pacientes, espacios adecuados en la oficina y la contratación de una póliza de responsabilidad civil, entre otras cosas.

El debate generado en este acto de presentación se centró en la necesidad de que los SPD fuesen remunerados para la farmacia que los pusiera en marcha. Insisten es un sistema que requiere acreditación, contratación de un seguro y tiempo para informar fehacientemente al paciente como para la adecuada manipulación de los medicamentos en su correcta presentación individualizada. También se nos informa que los SPD eran considerados soporte válido a la atención del paciente en el Registro de la Generalidad de Cataluña, Departamento de Salud.<sup>96</sup>

El grupo de trabajo de Buenas Prácticas del Consejo General de Colegios estaba, en ese momento, compuesto por:

- . Consejo General de Colegios oficiales de Farmacéuticos
- . Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona
- . Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cádiz
- . Colegio Oficial de farmacéuticos de Guipúzcoa
- . Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza
- . Fundación Pharmaceutical Care
- . Sociedad Española de Farmacia Comunitaria
- . Universidad de Granada

En el Pleno del día 24 de julio de 2013 se aprueba la difusión del documento *Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España*". Como es habitual es estos documentos inicia su exposición con el epígrafe "Antecedentes", que supone un excelente documento en el que nos presenta una retrospectiva dejando claro el gran trabajo y la cantidad de pasos que implican estos documentos.

En su momento, lo comentamos, pero en consideración a su interés y alguna precisión más que ofrecen, decidimos incluirlo.

Inicia la información exponiendo que desde final de los años ochenta del siglo XX, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación

---

<sup>96</sup> Cf. [www.portalfarma.com/organizacion/colegial/SPD\\_2013\\_4](http://www.portalfarma.com/organizacion/colegial/SPD_2013_4)

Farmacéutica Internacional (FIP) habían estado trabajando en la definición del papel y de las funciones de los farmacéuticos, así como en la elaboración de guías de buenas prácticas en Farmacia.

Eventos, lugares, fechas, se suceden y tras cada dato debemos ver la responsable y entusiasta actitud de los que allí se congregaban. En 1988, en Delhi (India), se celebró la primera reunión sobre el papel del farmacéutico. En 1992 la FIP elabora el Primer documento, *Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria y Hospitalaria* que se aprobó oficialmente en 1993 en la reunión de ese año (1993) en Tokio (Japón).

En 1994, la OMS adoptó una resolución: *Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud* sobre el papel del farmacéutico en apoyo a su estrategia en materia de medicamentos. Ese mismo año (1994), la FIP envía su documento de buenas prácticas al Comité de Expertos de la OMS *Especificaciones para las Preparaciones Farmacéuticas*. La OMS también continúa con su trabajo y se suceden reuniones para tratar del tema: en 1997 en Vancouver (Canadá) y 1998 en la Haya (Holanda).

Aprobado en 1997 el documento FIP/OMS, se publica en 1999 en el 35º Informe del Comité de Expertos de la OMS en Especificaciones para las Preparaciones Farmacéuticas.

En España, en 1995, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos publicó las *Normas de Buena Práctica en Farmacia*, basándose en el documento publicado por la FIP en 1993 con el objetivo de detallar las exigencias que conllevan a la correcta práctica profesional en España y las vías más adecuadas para su consecución.

En 2008, publicó la *Norma de Calidad para la Oficina de Farmacia* en la que especificaba requisitos mínimos que debía cumplir la farmacia, para ayudar a los farmacéuticos a desarrollar, gestionar y proporcionar unos servicios de calidad a los pacientes.

En 2011, la FIP y la OMS presentaron en el 71º Congreso Internacional de Farmacia, que se celebró en Hyderabad (India) un documento conjunto de buenas prácticas en farmacia *FIP/WHO guidelines on good pharmacy practice: standars for quality of pharmacy services* que recogía, en primer lugar, la definición de buenas prácticas en Farmacia entendidas como “aquellas que responden a las necesidades de las personas que utilizan los servicios farmacéuticos para ofrecer una solución óptima basada en la

evidencia médica”. La *Guía* consideraba “esencial” para llevar a cabo esta práctica que hubiera “marcos nacionales establecidos con directrices y estándares de calidad”. El texto reunía los requisitos que pensaban necesarios, destacando como primera preocupación del farmacéutico el bienestar de los pacientes. Otras funciones fundamentales eran el suministro de medicamentos y otros productos para garantizarle una salud de calidad, el suministro de la información apropiada y asesoramiento, seguimiento de los efectos del uso de los medicamentos.

Otras pautas acordadas estaban relacionadas con el establecimiento de normas requeridas para el desarrollo de dichas buenas prácticas y el buen funcionamiento de la farmacia. Esto incluía un marco jurídico que definiera quién podía ser farmacéutico; un marco laboral que asegurase la competencia del personal de la farmacia; y un marco económico que proporcionase los recursos suficientes e incentivos para llevar a cabo esas buenas prácticas.

Estas y otras directrices fueron aprobadas previamente por el Consejo de la FIP en Lisboa en 2010 y ratificadas por la Asamblea General de la OMS, y presentadas en este Congreso de Hyderabad de 2011.

Para la profesión expresaba cuatro funciones y las tareas de cada una de esas funciones:

- . Función 1. Adquisición, custodia, conservación, preparación y, dispensación de medicamentos y productos sanitarios.
- . Función 2. Ofrecer una gestión efectiva de los tratamientos farmacológicos.
- . Función 3. Ayudar a mejorar la eficiencia del sistema sanitario y la salud pública.
- . Función 4. Mantener y mejorar el desempeño profesional, colaboración con la docencia y participación en actividades de investigación.<sup>97</sup>

A estas alturas en la lectura de trabajos, nos surge una reflexión, casi coincidiendo con la llegada del año 2000, las oficinas de farmacia se encuentran en una situación de presiones económicas y presiones sanitarias.

---

<sup>97</sup> Cf. *Europa Pres*, 6, septiembre, 2011. FIP/WHO guidelines on good pharmacy practice: standards for quality of pharmacy services  
Cf. [https://www.infosalus.com/farmacias/noticia/noticia-farmacéuticos-oms-aprueba-documento-conjunto-buenas-prácticas-farmacia-20110906175838.html](https://www.infosalus.com/farmacias/noticia/noticia-farmac%C3%A9uticos-oms-aprueba-documento-conjunto-buenas-pr%C3%A1cticas-farmacia-20110906175838.html)

Ante esta circunstancia algunos colectivos de farmacéuticos ejercientes en oficina de farmacia, reaccionan intentando potenciar su misión sanitaria ofreciendo y prestando Servicios Profesionales Farmacéuticos intentando un mejor y mayor servicio para conseguir un punto más en la financiación de su oficina de farmacia pues estaban empezando ya a otear problemas.

Sobre todo, a partir de 2008-2010 se pensó firmemente en una alternativa de empresa ideando modelos para la remuneración a nuestros servicios.

Proponer la prestación de servicios remunerados nos obligaría a intentar convencer a los posibles pagadores del servicio no solo de las bondades terapéuticas, también su precio demostrará que es óptima la aplicación de una parte de recursos disponibles. En la mayoría de los trabajos sobre costes de los servicios, para justificar precio, nos indican que, con el fin de tomar sus decisiones con el mayor acierto posible, los gobiernos y cualquier otro tercer pagador solicitarían evaluaciones económicas.

La conclusión, que se saca a esa altura de investigación, era que hay que demostrar el impacto clínico y también debe analizarse el impacto económico y con esa esperanza continuamos nuestras revisiones.

En esa búsqueda documental, que sirviera para conjuntar datos, deseos, opiniones ya encontradas, pero con procedencias diversas en fechas, Corporaciones, Formaciones investigadoras, manifestaciones particulares, encontramos una publicación de SEFAC titulada *Propuesta de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC) sobre servicios profesionales farmacéuticos en farmacia comunitaria*, editado en abril de 2013, presentado por epígrafes a lo largo de 29 páginas.

En su prólogo, que llevaba como subtítulo *Una propuesta para una farmacia del nuevo siglo*, indicaba que si los farmacéuticos queríamos ser, en la cadena sanitaria un referente indiscutible e imprescindible en el ámbito del medicamento, y a su vez garantizar nuestra viabilidad profesional, deberíamos ofrecer un catálogo de servicios que nos otorgase un lugar protagonista en la asistencia integral al paciente, en su beneficio y dentro de una senda fundamental para el presente y futuro de nuestra profesión (como se había demostrado en otros países).

En su exposición se preguntan “¿Pero en ese Catálogo cabe todo?”, y responden “debemos apostar por servicios que demuestren nuestro liderazgo en el cuidado de la salud pública”. Para ello es importante



abordar cómo debe ser y quienes tienen que ser los responsables de la remuneración de estos servicios; es por eso que estas intervenciones no sólo deben estar ligadas al precio del medicamento, debemos ser capaces de demostrar el impacto en la salud de nuestras intervenciones para conseguir el reconocimiento que merecen.

Los Servicios Profesionales Farmacoterapéuticos (SPF) pueden definirse como servicios profesionales prestados por farmacéuticos que emplean sus conocimientos con la intención de desempeñar un papel activo en la asistencia sanitaria al paciente, a través de una interacción eficaz tanto con los pacientes como con otros profesionales de la salud.

La definición de cartera de servicios farmacéuticos aceptada en ese momento, (año 2013) era las diferentes actividades sanitarias, independientes entre sí, con estructura, definición, objetivos, procedimientos consensuados y, sistemas de documentación que se desarrollan en el interior de la farmacia comunitaria por parte del personal que realiza su trabajo en la misma.

De acuerdo a la Ley 16/1997, la oficina de farmacia es un establecimiento sanitario privado de interés público en la que se debe prestar a la población 10 servicios básicos, cuyo listado nos ofrece e indica la situación de realización en ese momento (2013).

#### Listado de servicios básicos y su realización

- .1 La adquisición, custodia, conservación y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios. Realización. Si
- .2 La vigilancia, control y custodia de las recetas médicas dispensadas. Realización. Si
- .3 La garantía de la atención farmacéutica, en su zona Farmacéutica y a los núcleos de población en los que no existan oficinas de farmacia. Realización. Si
- .4 La elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales, en los casos y según los procedimientos y controles establecidos. Realización. Si

- .5 La información y seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes. Realización. Sí, de forma voluntaria y minoritaria por falta de recursos.
- .6 La colaboración en el control del uso individualizado de los medicamentos, a fin de detectar las reacciones adversas que puedan producirse y notificarlas a los organismos responsables de farmacovigilancia. Realización. Si
- .7 La colaboración en los programas que promuevan las Administraciones sanitarias sobre garantía de calidad de la asistencia farmacéutica y de la atención sanitaria en general, promoción y protección de la salud, prevención de enfermedades y educación sanitaria. Realización. Sí, en general por iniciativa de las organizaciones farmacéuticas.
- .8 La colaboración con la Administración sanitaria en la formación e información dirigidas al resto de profesionales sanitarios y usuarios sobre el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Realización. No
- .9 La actuación coordinada con las estructuras asistenciales de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Realización. No.
- .10 La colaboración en la docencia para la obtención del título de Licenciado en Farmacia de acuerdo con lo previsto en las Directivas Comunitarias, y en la normativa estatal y de las Universidades por las que se establecen los correspondientes planes de estudio en cada una de ellas. Realización. Si.

Pensando en la remuneración de los servicios, (tanto antes como ahora), presenta problemas derivados de la interpretación que se haga entre su actuación profesional y su retribución ya que lo habitual es que consideran que la retribución está en la dispensación a través de un margen sobre el precio del medicamento; todas las decisiones que el farmacéutico tome con el fin de no dispensar o derivar al médico en caso de duda, error o condición de no dispensación, tendrá como consecuencia el dejar de percibir una retribución por su intervención. A pesar de ello, el farmacéutico de oficina de farmacia, como persona de ciencia y conciencia que es, vela en todo momento por el paciente, anteponiendo la salud del mismo al beneficio material obtenido por una dispensación dudosamente adecuada. De esta actuación profesional responsable se deriva una



inversión de tiempo con el paciente, una situación de cansancio y desgaste y, tal vez, desmotivación, dada la situación económica actual, que si ya era mala cuando se redactó este documento, hoy en día arrastrando sucesivas bajadas de precio, medicamentos genéricos..., siguen sin entender nuestras motivaciones.

Pese al precio que alcance la financiación de los medicamentos utilizados en la asistencia sanitaria, tienen que aceptar que una buena parte de ese gasto lo ocasiona el incumplimiento terapéutico de los tratamientos farmacológicos, aumento de la morbilidad por un uso irracional de los medicamentos causando un elevado número de ingresos hospitalarios, cuando muchos de ellos podrían evitarse.

El documento de SEFAC que estoy comentando adopta algunas de las observaciones que figuraban en un documento datado en 2011, elaborado conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Farmacia (FIP) titulado *Buenas Prácticas en Farmacia. Estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos*, que acabamos de comentar.

Siguiendo las recomendaciones de SEFAC, antes de actuar debemos conocer la definición de algunos términos de los cuales reproducimos los que en ese momento eran novedosos:

- . Catálogo de servicios profesionales farmacéuticos: estará constituido por los SPF a través de los que la oficina de farmacia presta la atención sanitaria a los ciudadanos, se especificarán los servicios y se garantizarán las condiciones básicas y comunes para una atención farmacéutica integral, continuada, y en el nivel adecuado de atención para la población no hospitalizada.

- . Cartera de servicios profesionales farmacéuticos: la componen las diferentes actividades sanitarias, independientes entre sí, con estructura, definición, objetivos, procedimientos consensuados y sistemas de documentación, desarrollados en la farmacia por los profesionales que trabajan en ella. Estas actividades se deben prestar de manera integrada en

el sistema sanitario y de forma coordinada con otros profesionales de la salud para contribuir a mejorar la salud del ciudadano.

. **Certificación:** acorde con la norma UNE-EN 45020, es una actividad de carácter voluntario que permite establecer la conformidad de una entidad, empresa, producto o persona, con los requisitos específicos definidos en una determinada norma, mediante la emisión de un documento que así lo demuestre.

. **Capacitación:** acción y efecto de hacer a alguien apto, habilitarlo para algo.

Cada uno de los SPF quedará definido, caracterizado y actualizado periódicamente a través de su documento de “especificaciones” en el que se deben referenciar los siguientes apartados:

- . Nombre del servicio
- . Introducción y justificación
- . Definición y descripción breve
- . Objetivo/s
- . Población /Pacientes diana
- . Recursos necesarios
- . Derivación
- . Protocolización
- . Documentación y registro
- . Calidad, certificación y mejora continua
- . Resultados obtenidos
- . Retribución y en su caso financiación.

Para prestar un buen servicio farmacéutico debemos condicionar a ello la estructura y la organización de la farmacia; deberemos disponer de los recursos humanos y materiales necesarios para cada uno de ellos. Deberá ser prestado por farmacéuticos capacitados asistidos, si es necesario, por otros profesionales sanitarios también capacitados para la realización de los servicios.

Se deberá recurrir a entidades y/o sociedades científicas para formarse y que certifiquen su capacitación, acreditando así su competencia profesional para la prestación de cada servicio. La validez de la capacitación y certificación deberá ser revalidada periódicamente (recertificación).

Para garantizar la calidad de los SPF serán realizados siguiendo sus propios procedimientos normalizados de trabajo (PNT), y según la normativa vigente de Protección de Datos,

Sobre la retribución de los servicios, que siempre consideraremos necesaria, dado que los SPF presentan diferentes objetivos, procedimientos, recursos y resultados, su sistema retributivo será diferente y deberá establecerse de forma racional, específica e independientemente del pagador a estos servicios. Los SPF podrán ser financiados:

- . Por los pacientes/usuarios a los que se les presta ese servicio.
- . Por los proveedores de servicios sanitarios (Administración sanitaria, mutuas sanitarias, etc.)
- . Por sistemas mixtos donde el usuario tenga una determinada aportación (copago).

En cualquier caso, el precio del servicio debería ser idéntico en todo el territorio nacional.

Una recomendación interesante es la “difusión”, para que la población en general y los pacientes en particular conozcan el catálogo de SPF que cada oficina de farmacia ofrece. Se podrá hacer directamente en la farmacia.

Ningún listado de servicios que creemos nosotros o adoptemos otro creado por terceros, tiene carácter limitativo.

El documento de SEFAC nos informa:

- . SPF relacionados con los medicamentos: son aquellos que relacionan pacientes y medicamentos, es decir atender las necesidades del paciente en relación con su medicación.
- . SPF relacionados con la salud pública: siendo aquellos, que contribuyen a la prevención, promoción, y protección de la salud pública y educación sanitaria en general.

También existen otros servicios que puede realizar la oficina de farmacia, son en el ámbito de la docencia e investigación.

El Catálogo de Servicios relacionados con los medicamentos (y productos sanitarios) que propone SEFAC viene dividido en Categoría; Subcategoría.

Seguidamente propone el catálogo de servicios relacionados con la salud pública.

Aconseja la medida y control de parámetros antropométricos (peso, talla, etc.) fisiológicos (presión arterial, pulso, espirometría, etc.) y clínicos (glucosa, colesterol .etc.)

Recomienda la promoción de Campañas sanitarias dirigidas a la prevención de la enfermedad.

Tras hacernos una exposición de muchísimos servicios que pueden desarrollarse en cada uno las propuestas que nos ha realizado, pasan a indicarnos proyectos de implantación.

Los SFP deben implantarse para posibilitar una oferta de calidad y adecuada a la demanda. Debemos sincronizar la oferta, la demanda y los recursos.

Para la adecuada implantación de los servicios profesionales farmacéuticos propone los siguientes puntos:

- . Contar con los posibles cambios normativos, en este sentido hay que recordar las recomendaciones emitidas en la Resolución ResAP (2001) 2, relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad de la salud.

- . Adaptar la oficina de farmacia para la prestación de determinados servicios.

- . Protocolos de comunicación y actuación entre el farmacéutico y el resto de profesionales sanitarios.

- . Informar a los pacientes, usuarios, proveedores de atención sanitaria, del catálogo de servicios de la oficina de farmacia. Se deben utilizar mensajes, lo más claros posibles, para que los pacientes entiendan estos nuevos servicios, puedan interesarse por ellos y vean como pueden incidir para mejorar su salud.

Todo esto realizado de acuerdo con las Buenas Prácticas en Farmacia, planteadas por la OMS y la FIP.<sup>98</sup>

---

<sup>98</sup> Cf. Comisión de servicios de SEFAC. Coordinadora: Sáenz de Buruaga Pérez de Atxa, Sonia. 2013. *Propuesta de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria sobre Servicios profesionales Farmacéuticos en Farmacia Comunitaria*. 1ª Edición, Abril, 2013.

También en 2013, fechado en mayo, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, presenta un trabajo que titulaba: *Servicios Farmacéuticos: Definición y Remuneración*.

En su Índice presentaba el contenido de las 47 páginas que abarcaba el documento, en las que íbamos a encontrar información sobre:

. Justificación .....	pag.3
. Metodología .....	pág. 5
. Clasificación de servicios .....	pág. 11
. Definición de los servicios básicos, complementación y colaborativos del farmacéutico .....	pág. 15
. Conclusiones .....	pág. 35
. Anexo. Relación de servicios y descripción de servicios en el extranjero.	

En la justificación pondera que la farmacia era un establecimiento sanitario, en el que confluyen todas las dispensaciones de medicamentos de los pacientes ya fuesen de ámbito público o privado.

Después se refiere a la red planificada de farmacias en España, con un modelo de propiedad/titularidad que priorizaba el interés sanitario sobre otro tipo de intereses y que era necesario impulsar el desarrollo de servicios asistenciales, a través de la red de farmacias.

Ya, entrando en el Tema, parte de la Ley 16/1997 de 25 de abril de prestación de servicio, funciones y capacitación, que la norma describe al referir los servicios de las oficinas de farmacia.

Del Quinto Comunicado del Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria nos recuerda la definición de servicios farmacéuticos.

Seguidamente se nos presenta un trabajo que se nota estudiado y bien preparado, con interés de comunicar.

Seguramente pensando que una imagen vale más que mil palabras, van indicando que para cada uno de los servicios definidos, se había elaborado una ficha explicativa: ejemplo de estructura; recuadro de característica de servicio; todas, indicado en escritura y representado con su icono correspondiente:

. Perfil concreto de usuario: una silueta.

- . Intervención periódica: una hoja de calendario.
- . Condiciones específicas de la farmacia: cruz verde localización farmacia.
- . Se utiliza una técnica específica: un matraz con líquido morado hasta el cuello.
- . Recursos materiales específicos: un tríptico blanco con cuadraditos en amarillo como anotaciones.
- . Colaboración de otros agentes: maniquí con bata blanca.
- . Tiempo de atención considerable: un reloj de arena.
- . Requiere tecnología: un ordenador con su pantalla e impresora.
- . Requiere desplazamiento del farmacéutico: un utilitario color rojo.
- . Reporta un ahorro para el sistema: moneda de un euro.

Los servicios van con un cuadrado que indica: clasificación, acompañado de otros (en la misma página); descripción; naturaleza; obligatoriedad; requerimientos.

En la remuneración:

- . Esenciales o básicos, es el margen sobre el precio de los medicamentos dispensados, excepto en fórmula magistrales que indica: honorarios del farmacéutico según Concierto.
- . Complementarios: precio por prueba realizada; propuestos por paciente/mes; precio por actuación puntual; tarifa contrato apoyo.
- . Colaborativos: SPD, precio por paciente; precio por intervención; precio por paciente mes.

Anexo, Selección de servicios y descripción de servicios en el extranjero; incluye los criterios y factores de ponderación para valorar los servicios identificados.

Para mí, a día de hoy, nos parece un trabajo muy respetable, intuitivo, claro, preciso, contiene toda la información necesaria, y esa forma, tal vez un

poco infantil de su presentación convierte su lectura en muy agradable y nada pesada.<sup>99</sup>

En el año 2012, se había publicado el *Quinto Comunicado de Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria* (FORO AF FC) cuyo contenido era parecido al facilitado por el CGCOF en 2013, que he comentado anteriormente.<sup>100</sup>

En el mes de julio de 2013 se publica el documento de *Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España*. Su contenido nos aportaba: Definición de Buenas Prácticas en farmacia. Marco legal. Misión del farmacéutico. Funciones y tareas. Implantación.

El Pleno del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos aprobó la difusión de este documento en sesión de 24 de julio de 2013.

Reunidos numerosos colegios profesionales, SEFAC y la Fundación Pharmaceutical Care, en la sede del Consejo General de Colegios para la presentación de un *Documento de Consenso* destinado a lograr un uso homogéneo de la prestación de SPD, imprescindible para la cartera de servicios de la oficina de farmacia. El documento se denominaba: *SPD, Sistemas Personalizados de Dosificación deben ser remunerados a las farmacias*.<sup>101</sup>

En julio de 2014 el Grupo de Trabajo de Buenas Prácticas del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, publicaron tres documentos:

*Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España*. Su contenido nos resume todo lo que se recomendó desde el principio por los organismos nacionales y extranjeros, con el propósito de irnos ofreciendo en cuadernillos monográficos todo lo que abarcaban las Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria. La publicación de este documento fue aprobada por el Pleno del CGCOF en sesión de 24 de julio de 2013.

A partir de esta publicación y bajo la misma indicación *Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España*, se irán editando, en formato,

<sup>99</sup> Cf. Internet. <https://www.portalfarma.com> >Servicios\_Farmacéuticos\_mayo 2013

<sup>100</sup> Cf. *Quinto Comunicado de Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (FORO AF FC)*. En *Pharmaceutical Care España*, Volumen 14, N.º (1) .2012

<sup>101</sup> Cf. [https://www.\(im\)farmacias.es/noticia/2129/los-spd-sistemas-personalizados-de-dosificación-deben-ser-remunerados-a-las-farmacias](https://www.(im)farmacias.es/noticia/2129/los-spd-sistemas-personalizados-de-dosificación-deben-ser-remunerados-a-las-farmacias).

cuadernillo bajo su denominación correspondiente todo aquello que el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos considera imprescindible se practique en todas las oficinas de farmacia españolas.

*Servicio de Dispensación de medicamentos y productos sanitarios.* Este título corresponde al Cuadernillo N° 1 cuya publicación fue aprobada por el pleno del CGCOF de 24 de julio de 2014.

*Servicios de Indicación Farmacéutica.* Con esta denominación se autoriza el cuadernillo N°2 aprobada su publicación en el pleno del CGCOF de 24 de julio de 2014.

Ofreciendo estos cuadernillos, esquemas:

#### Cuadernillo N° 1

Esquema 1. Diagrama de flujo del procedimiento de Servicio de Dispensación para medicamentos y productos sanitarios que precisan receta.

Esquema 2. Diagrama de flujo del procedimiento de Dispensación para medicamentos y productos sanitarios que no precisan receta.

#### Cuadernillo N° 2

Esquema 1. Diagrama de flujo de procedimiento del Servicio de Indicación Farmacéutica.<sup>102</sup>

En el XIX Congreso Nacional de Farmacia celebrado en 2014 se publicó la Declaración de Córdoba en la que la profesión farmacéutica define en diez puntos su línea de trabajo.

- .1. Avanzar en la participación activa, con las instituciones y profesiones sanitarias de una farmacia renovada profesional y sostenible,
- . 2. Promover la integración de la farmacia en planes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y seguimiento farmacoterapéutico.

---

<sup>102</sup> Cf. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2013. Grupo de trabajo de Buenas Prácticas del CGCOF, sesión de 23-julio-2013, aprueba la publicación de *Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España*.

Cf. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2013. Grupo de Trabajo de Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España. Pleno del CGCOF, sesión de 24 de julio de 2014, aprueba la publicación de los Cuadernillos N° 1, y N° 2.



- . 3 . Desarrollar la labor asistencial sociosanitaria en la atención farmacéutica domiciliaria al paciente, como en la atención farmacéutica en centros sociosanitarios.
- . 4. Participar en la e-Salud con acceso al historial farmacoterapéutico del paciente para poder impulsar la calidad en la dispensación de los medicamentos de autocuidado por internet a través de las farmacias.
- . 5. Incidir en el valor de la dispensación en la farmacia comunitaria asegurando su calidad y accesibilidad a la población, incluyendo los medicamentos de innovación (biológicos, biosimilares, etc.) que por sus características sean de uso ambulatorio para el paciente.
- . 6. Mantener, ante las autoridades sanitarias la necesidad de planificar una red asistencial de farmacias con criterios de viabilidad para el farmacéutico titular/propietario tanto en farmacia rural o urbana.
- .7. Promover el desarrollo profesional continuo, apoyar a las Universidades para que sus contenidos contemplen y se adapten a las nuevas necesidades de los pacientes sobre medicamentos y productos sanitarios.
- . 8. Desarrollo de servicios profesionales farmacéuticos centrados en el paciente, retribuidos y amparados jurídicamente que puedan prestarse por todas las farmacias desde la voluntariedad.
- . 9. Impulsar mayor coordinación de farmacéuticos comunitarios con los de hospitales y Atención Primaria favoreciendo el trabajo en equipo y la continuidad asistencial del paciente.
- .10. Promover el respaldo institucional y político, así como alianzas estratégicas con otras organizaciones, asociaciones, sociedades científicas y universidades, para favorecer y desarrollar estas líneas de trabajo.<sup>103</sup>

También en 2014 en el congreso de SEFAC celebrado en Málaga, se percibe la inquietud como en la *Declaración de Córdoba*.

Aquí, siguiendo la cronología, voy a presentar el denominado *Manifiesto Mylan*, que proponía implementar servicios profesionales en las farmacias comunitarias como el screening del VIH y los Sistemas Personalizados de

---

<sup>103</sup> Cf. <https://www.potalfarma.com/XIX-CNF-Declaracion-de-Cordoba>

Dosificación (SPD), para garantizar la sostenibilidad del modelo de farmacia.

En Madrid el día 18 de julio de ese año (2014), Mylan (compañía líder en medicamentos genéricos y especialidades farmacéuticas) organizó una Jornada: *“La sostenibilidad del modelo de farmacia español: eslabón clave del sistema nacional de salud”* donde expuso el contenido del *Manifiesto Mylan* y explicaba las diferentes vías que proponía para apoyar el modelo de farmacia de España y garantizar su sostenibilidad. En esta andadura contaba con el apoyo de SEFAC (Sociedad Española de Farmacia Comunitaria) y SEFAR (Sociedad Española de Farmacia Rural).

Apostaba, de momento, por los SPDs y la implantación de test para el diagnóstico precoz de enfermedades como el VIH, indicando que este último se estaba prestando en Comunidades Autónomas donde se había demostrado su coste-efectividad y el impacto muy positivo para los pacientes. Este trabajo fue presentado en el Congreso SEFAC, celebrado en Málaga en 2014.<sup>104</sup>

En marzo de 2014, *Correo Farmacéutico*, publica una colaboración de Joanna Guillén Valera titulada “Atención Farmacéutica también es explicar cartonajes y prospectos” y adelantando el contenido indicaba: “Información al paciente. Un nuevo estudio realizado en farmacias de Madrid”, señala que el 66 por ciento de pacientes no entiende el envase y un 48 por ciento tiene dificultad con las instrucciones.

Nos indica, que el estudio fue realizado por siete farmacéuticas, alumnas de la Facultad de Farmacia de Alcalá de Henares y manifestaron que el lenguaje excesivamente técnico de los prospectos y la dificultad por entender las siglas y símbolos de los cartonajes podían hacer que los pacientes usasen mal los medicamentos e incluso los abandonasen también al no entender “efectos adversos”.

En opinión de las autoras, su trabajo demostraba la necesidad de implicarse más en la dispensación a los pacientes y explicar los envases y los símbolos cuantas veces sea necesario; uno de los ejemplos que exponían era la perplejidad que despertaba en el paciente encontrar un triángulo rojo y un sol dentro, no comprendían significara que podía provocar fotosensibilidad.

---

<sup>104</sup> Cf. <https://www.mylan.es/es-es/noticias/notas-de-prensa/2014/manifiesto-mylan-madrid>

Entre las coautoras estaban Patricia Granados: Irene Rodríguez; Natalia M. Sanz Jiménez, Graciela Álvarez; y son ellas las que facilitan la información.

El objetivo del trabajo “era conocer si existe algún vacío o carencia respecto a la lectura y comprensión del prospecto y el conocimiento de los símbolos y siglas del cartonaje”; para llevar a cabo la investigación realizaron un estudio en siete farmacias de Madrid con 210 pacientes voluntarios a los que se entrevistó sobre el tema, de ellos 44% respondió positivamente; para comprobar que decían la verdad las autoras les enseñaron prospectos y cartonajes, pues, pese a ese 44% de los encuestados decían conocer los símbolos, sólo un 43% reconoció el signo de conservar el medicamento en nevera, un 7% el de caducidad inferior a 5 años. Los únicos elementos fácilmente reconocibles del cartonaje fueron: el principio activo, el nombre comercial, la forma farmacéutica y el laboratorio.

Según informan, la mayoría de los encuestados creían que todos los símbolos eran información para el personal sanitario y no para el paciente, por eso no les prestaban atención ni los consideraban importantes.

Las investigadoras tras verificar la falta de conocimientos, para explicarles los símbolos más importantes, elaboraron un tríptico con información detallada y clara de los puntos más necesarios. Para hacer más útil el estudio las investigadoras pidieron a los encuestados propuestas para mejorar los envases y prospectos, así respondieron que el lenguaje de los prospectos debía ser más asequible y los símbolos más intuitivos, también manifestaron que los prospectos eran muy grandes y difíciles de doblar para volverlo a la caja, por eso lo acababan tirando; otra objeción a cartonaje y prospectos era el tamaño de las letras o tipografía, las encontraban muy pequeñas y lamentaban el uso de palabras muy técnicas que les dificultaba la comprensión.

Esta información se completa con cuatro entrevistas realizada por el propio periódico que titula “Sobre el terreno”, a cuatro farmacéuticos establecidos en distintas comunidades autónomas: ¿Suelen explicar los símbolos del cartonaje a los pacientes ?.

Las respuestas fueron:

Un farmacéutico de Murcia decía iba incluido en la Dispensación Activa que realizaban y cada paciente era un caso.

Una farmacéutica de Cantabria respondía que tenían expuestas unas hojas indicando los símbolos más necesarios y decía era muy útil para que lo viesen cuando solicitaban sin receta algo que la precisaba.

Un farmacéutico de Granada indicó que siempre explican la simbología del cartonaje que lleva el medicamento dispensado.

Por último, una farmacéutica de Lugo dijo que sólo si lo preguntaban, o cuando consideraban era necesario.

Realmente nadie duda de la efectividad de la Dispensación Activa y con este estudio, comprobamos que es un servicio farmacoterapéutico muy útil y necesario.<sup>105</sup>

Ante esta investigación, una asociación de ideas me lleva a comentar un trabajo realmente interesante.

La claridad de los prospectos, el intentar no crear dificultades a las personas que precisan, de algo tan esencial, como son sus medicamentos, y preocuparnos por pensar soluciones, es un aspecto que me interesa destacar pues si en este trabajo informamos de tantos intentos exitosos para avanzar en atención farmacéutica, en este punto, quiero acercar a los que no lo conozcan, la solución efectiva, realmente asequible económicamente, que tenemos oportunidad de utilizar en cuanto la necesitemos en nuestro día a día de la oficina de farmacia y de la que se beneficiaran todos los pacientes que reciban nuestro servicio, y con la que no fracasaremos nunca.

Esta solución surge de una idea que se materializó en una investigación doctoral. Nos la proporcionó Borja García de Bikuña Landa, nada menos que el año 2005, con su Tesis Doctoral titulada: *La problemática de las Especialidades Farmacéuticas Complejas: una aproximación desde la Farmacia Comunitaria*.

Sabemos que en el momento actual está en desuso la denominación “especialidad farmacéutica”, incorporándose la de “medicamento”, pero respetamos el texto original ya que es el que estamos presentando. En la introducción nos indica que el farmacéutico comunitario no es responsable directo de la calidad ni del origen de la prescripción, pero su responsabilidad y conocimientos, le exigen velar por un uso adecuado de

---

<sup>105</sup> Guillén Valera, J. 2014. “Atención Farmacéutica también es explicar cartonajes y prospectos”. En *Correo Farmacéutico*, semana 3 a 9 de marzo, 2014:pag. 23.

los medicamentos que dispensa. El contacto directo y continuado que establece con la población que atiende, lo sitúa en una posición de privilegio para intervenir en el momento de la dispensación e instruir al usuario sobre el manejo de los medicamentos que presentan dificultades en su utilización.

Esta posición no debe desaprovecharla el farmacéutico, pues cada vez es más habitual tenga que practicar la función de educar a los pacientes en la correcta utilización de los medicamentos.

Aprovecha para recordarnos que entre las causas de una baja adherencia están:

- . Conocimientos insuficientes del tratamiento.
- . Insuficiente habilidad para llevar a cabo el tratamiento.
- . No entendimiento de las instrucciones del tratamiento.
- . La complejidad de las pautas prescritas.

Nos dice, que la necesidad de que el farmacéutico enseñe a utilizar los medicamentos cuando los dispensa, debe ser contemplada desde tres puntos de vista:

- . La escasa información con que el paciente llega a la Farmacia.
- . La controvertida información de los prospectos.
- . La creciente complejidad de las Especialidades Farmacéuticas.

Dice que en pocos años, se había producido muchos cambios en la presentación de los medicamentos, que fruto de su I+D había llevado a los Laboratorios a poner en mercado nuevos dispositivos; resultando que el paciente había pasado de utilizar jarabes para tomar a cucharadas, a tener que aprender el manejo de un cartucho presurizado, un parche de absorción transdérmica, un dispositivo de autoinyección; indicándonos que incluso se había postulado un término novedoso Pharmaceutical Clinical Technology (PCT) que hacía referencia a un uso racional, eficaz y seguro de, entre otros instrumentos, los aparatos y dispositivos para la administración de los medicamentos.

Informa que hacía diez años surgieron algunas publicaciones haciendo referencia a lo que denominaban “medicamentos de difícil manejo”.

Antes de publicar su Tesis Doctoral, Borja García de Bikuña, en 2002, acuñó el término “Especialidad Farmacéutica Compleja” (EFC), en el que

agrupaba a todas las especialidades farmacéuticas que requerían del paciente una preparación o el aprendizaje de una técnica de administración.

Al mismo tiempo aparecía publicado por primera vez en España, un listado general de los diferentes grupos de EFC.

Pero él consideraba no era suficiente poner el listado de las EFC, pues de nada servía conocer el dato de que una especialidad era compleja si no se conoce al detalle la forma de utilizarla. No era frecuente que el médico o el farmacéutico conociesen el manejo de las EFC, por lo que el paso previo consistiría en “formar al formador”.

Sobre las EFCs, cuando él les dio esta denominación en el año 2002, las definió como: “aquellas que entrañaban algún tipo de dificultades en su utilización, bien porque requiere por parte del paciente un proceso de preparación previo a su uso, bien porque hace necesario el aprendizaje de una técnica de administración, o bien por el conjunto de ambas circunstancias”; y para ellas había que disponer de los conocimientos necesarios para hacer frente a esta situación.

En este caso, es importante la información adicional, además del prospecto.

Fruto de su estudio, diseñó unos cursos-taller de formación en EFC para el año 2005, en el que se formaron 2.000 profesionales de toda España, y otros 2.000 en los cursos de 2006, con financiación de los laboratorios Astra Zéneca.

En 2004, edito un libro, de presentación humilde para no subir el precio (hoy, 2018, 45 euros) encuadernado en espiral, titulado *Especialidades Complejas*, la edición de 2004, y en adelante *Medicamentos Complejos*, ediciones de 2008; 2013; 2017, que proporcionan la puesta al día de su contenido.

Mi opinión es que esto es de lo poco que se encuentra en Atención Farmacéutica que lo puedes utilizar inmediatamente, con el que se forma rápidamente todo el equipo de la oficina de farmacia sin que entre en ella un tercero (este libro es el auténtico formador de formadores), prueba de ello es que en casi todas las Facultades de Farmacia en la Asignatura

Farmacia Clínica, se les da a conocer a los alumnos, y en Prácticas Tuteladas, cuando se les instruye en EFC.<sup>106</sup>

En abril de 2015 el CGCOF elabora un Plan de Trabajo con cuatro iniciativas para avanzar en la Declaración de Córdoba:

- . Competencias y Desarrollo Profesional
- . Gestión Clínica
- . Sostenibilidad de la Farmacia
- . Práctica colaborativa.

El eje principal de todas las iniciativas es el paciente y su calidad asistencial, mejorar la comunicación, compartir información, desarrollo de iniciativas y actuaciones conjuntas entre todos los agentes del sector, pero definiendo y limitando competencias de cada agente, para evitar intrusismo, desconfianza y descoordinación.<sup>107</sup>

En Portalfarma encontramos presentado el documento original cuya lectura completa es muy interesante y del que aquí ofreceremos algunas partes.

Su portada presenta el logotipo y denominación del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

En el centro de la portada, su título:

*Colaboración entre profesionales sanitarios, clave en la Sanidad del futuro.*

Tras unos espacios figura un recuadro coloreado cuyo contenido es:

## WORKSHOPS

1. Práctica colaborativa entre farmacéuticos comunitarios, médicos y enfermeras de Atención Primaria. 23 de febrero de 2015.
2. Colaboración de los farmacéuticos entre. ámbitos competenciales. 24 de febrero de 2015.

Estas eran las dos sesiones de trabajo que se realizaron y cuyos componentes fueron:

---

<sup>106</sup> García de Bikuña Landa, Borja. 2005. *La problemática de las Especialidades Farmacéuticas Complejas: una aproximación desde la Farmacia Comunitaria*. Tesis Doctoral. Facultad de Farmacia. Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica. Universidad de Navarra.2005.

Cf. García de Bikuña, Borja. 2017. *Medicamentos complejos. 4.0 2017*. Autor y Editor, Borja García de Bikuña. Última revisión.

<sup>107</sup> Cf. <https://diariofarma.com/2015/04/20/informe-cgcof-colaboracion-entre-profesionales-sanitarios->



Comisión 1. Tres farmacéuticos comunitarios, tres médicos de Atención Primaria y, tres enfermeras de Atención Primaria.

Comisión 2. Cinco farmacéuticos comunitarios y, cinco farmacéuticos de Hospitales.

A los componentes de estos dos grupos se les facilitó el Cuestionario para contestar individual e incomunicadamente.

Para conocer el contenido de esta publicación, reproducimos el Índice del que únicamente ofreceremos el apartado “Cooperación” y las “Conclusiones”.

Índice:

1. Introducción: contexto y objetivos
2. Cooperación: bases conceptuales
3. Metodología y participantes
4. Práctica colaborativa entre farmacéuticos comunitarios, médicos y enfermeras de Atención Primaria.
  - 4.1. Utilidad de la cooperación
  - 4.2 Barreras a superar
  - 4.3 Propuestas para una cooperación efectiva: 10 factores clave de éxito
5. Colaboración de los farmacéuticos entre ámbitos asistenciales
  - 5.1 Utilidad de la cooperación
  - 5.2 Barreras a superar
  - 5.3 Propuestas para una cooperación efectiva: 10 claves de éxito
6. Conclusiones.

Al presentar el apartado 2: Cooperación, bases conceptuales, exponemos el sentido que ofrecen de “Cooperar”, así indican que “cooperar es trabajar con otros profesionales compartiendo objetivos de salud para un grupo de pacientes identificados previamente, esto implica compartir formación conjunta para desarrollar habilidades, aplicar herramientas de gestión conjuntas y conseguir un auténtico trabajo interdisciplinar.”

Indica que seguramente se encontrarán barreras, describiéndonos algunas:



Efecto Silo

Estereotipos

Políticas

Rigidez de las estructuras de comunicación

Confidencialidad

Competitividad

Acusaciones

En su apartado 6, Conclusiones. Indica:

“El presente documento pretende servir de base para comenzar a trabajar en el desarrollo de la práctica colaborativa entre los profesionales sanitarios en España”.

Para ello propone cuatro grandes líneas de trabajo:

1. Impulsar proyectos colaborativos
2. Desarrollar sistemas de información seguros y ágiles. Registrar y compartir información
3. Normalizar la práctica mediante procedimientos y protocolos
4. Promover la formación conjunta.<sup>108</sup>

El Real Decreto Legislativo 1/ 2015, de 24 de julio de 2015, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en su art.86, establece que los farmacéuticos velarán por el cumplimiento de los tratamientos y a través de la Atención Farmacéutica garantizarán su eficacia y seguridad. Asimismo, indica que las oficinas de farmacia realizarán la dispensación al paciente.<sup>109</sup>

En abril de 2014 el CGCOF pone en marcha el proyecto HazFarma, una ambiciosa iniciativa cuyo objetivo era el desarrollo de Servicios Profesionales Farmacéuticos en oficina de farmacia para dar continuidad al Plan Estratégico de Atención Farmacéutica, manteniendo los pilares que

---

<sup>108</sup> Cf. [Portalfarma.com/informe-colaboración-entre-Profesioales-Sanitarios.pdf](http://Portalfarma.com/informe-colaboración-entre-Profesioales-Sanitarios.pdf)

<sup>109</sup> Cf. <http://www.boe.es/actphp.id=BOE-A-2015-8343>

contribuyeron a su éxito aportando un salto cualitativo para la profesión farmacéutica. En expresión propia “El Consejo General pone en marcha HazFarma, claves para el desarrollo de Servicios Profesionales Farmacéuticos en Farmacia Comunitaria (abril 2014).

Los objetivos de esta iniciativa fueron y siguen siendo:

- . Comprometerse con la sociedad y el paciente
- . Protocolizar y formar en servicios
- . Proporcionar una asistencia sanitaria de calidad
- . Promover la práctica colaborativa
- . Valorar el trabajo del farmacéutico para obtener resultados en salud
- . Llegar a todos los profesionales sanitarios, a las administraciones y a la sociedad.

Bajo el nombre de HazFarma, que cuenta con la colaboración de Laboratorios Cinfa, se han ido desarrollando diferentes acciones centradas en la implementación de Servicios Profesionales Farmacéuticos en la oficina de farmacia. Acreditados cada uno.

Inmediatamente se ofreció a los farmacéuticos Hazfarma-Preguntas frecuentes (FAQ's). La información que hemos obtenido nos indica que más de 2.300 farmacéuticos participaron en esta primera acción, que combinaba formación e investigación en farmacia asistencial (octubre 2014).

Desde ese momento se impulsan más acciones; la siguiente fue la denominada ASPIRA, en abril de 2014 el CGCOF pone en marcha las claves para el desarrollo de servicios profesionales sanitarios en oficina de farmacia, siempre formando previamente a los farmacéuticos que vayan a participar. En esta acción, “ASPIRA: Aspectos prácticos en el servicio de dispensación de un tratamiento de inicio al paciente asmático” se abrió el plazo de inscripción en junio de 2014, en octubre 2014, y cuya conclusión final fue que la intervención del farmacéutico incrementó en 8'6 puntos la calidad de vida de los pacientes.

En el periodo 2015-2016 se llevó a cabo VIGILA “Farmacovigilancia en la Farmacia Comunitaria: antidiabéticos orales de última generación”.

La Red Asistencial de Farmacias, para potenciar su labor promovió una Farmacovigilancia- Reunión de coordinadores VIGILA en septiembre de 2015.

Siguiendo la labor de HazFarma encontramos que con una duración de la formación a los participantes (siempre voluntarios) septiembre de 2016 a febrero de 2017, el nuevo tema se centra en la enfermedad de Alzheimer, abordando el proyecto #enMente, para dar soluciones a un complicado colectivo de pacientes en los que, entre otros, se daba un altísimo índice de incumplimiento.

En el periodo 2017-2018 este programa se centra en la “salud de la mujer adulta”, denominándolo HazFarma habla en femenino.

La actuación en 2019 fue presentada con el señuelo “HazFarmas te va a enganchar” este programa se dedicó a la juventud y se denominó “EXXITO, niños, jóvenes y Farmacia Comunitaria”.

Para 2020 está anunciado el programa “HazDispensación. Servicio de Dispensación a través de Nodofarma asistencial”.<sup>110</sup>

Volviendo a 2015, en él se celebra la III Jornada Nacional sobre Servicios Profesionales Farmacéuticos, con el Lema: “De la Experiencia Internacional a la Práctica en España”, celebrado en Valencia el año 2015.

En este evento, Eduardo Satué, presidente de SEFAC Aragón, versó su comunicación sobre “Roles y Conceptos en SPF”.

Explicaba, que el Objetivo era indicar que los SPF estaban orientados para optimizar la salud de los destinatarios de los medicamentos y de la población a través del uso racional de los medicamentos y las actividades de salud pública, docencia e investigación.

Como consecuencia de lo expuesto consideraba debería formarse un Catálogo y una Cartera: los SPF constituirían el catálogo de servicios en la Farmacia Comunitaria (FC) del que surgiría la cartera de servicios que se oferte al SNS y a otros proveedores de atención sanitaria.

Comienza con la clasificación tradicional:

. Relacionados con el medicamento

---

<sup>110</sup> Cf. <https://www.portalfarma.com/inicio/serviciosprofesionales/Hazfarma/Paginas/Hazfarma.aspx>

- . Relacionados con Salud Pública
- . Relacionados con Docencia e Investigación.

Contarán con una Caracterización y Protocolización: todos los SPF tendrán su propio documento de especificaciones y su protocolo normalizado de trabajo.

La farmacia que preste SPF, dispondrá de recursos humanos y materiales necesarios para realizar cada uno de ellos.

Los SPF serán realizados por farmacéuticos capacitados asistidos si procede, de personal profesional capacitado.

La capacitación será renovada periódicamente en el marco de la formación continuada.

Los SPF se someterán a evaluación externa de la calidad (acreditación).

Seguidamente entra en la Implantación y Desarrollo; Bioética y Regulación; después aborda la Retribución, indicando que los SPF deberían tener un sistema retributivo acorde con sus objetivos, requerimientos y resultados, independientemente de su pagador y la forma de financiación. Lo acompaña de un cuadro estructurado en tres cuestiones:

Tipo de sistemas orientados a....

Base de retribución

Pago a la Farmacia

En cuanto a la difusión dice se orientará a nivel corporativo (público/privado) y de la farmacia al paciente. La información deberá ser rigurosa, bien fundada, objetiva y no inducir a error.

También indica que la prestación de un servicio podía utilizarse de forma autónoma como complementaria a la realización de otros servicios.

Si la prestación lo requiere, se colaborará con otros profesionales sanitarios.

Y finalizaba con “Mensajes”:

. “Si queremos que la profesión farmacéutica sea imprescindible y no se convierta en otra cosa deberá ser asistencial. La farmacia será asistencial o no será.”

“El farmacéutico deberá apoyarse en SPF protocolizados que aporten valor al Sistema Sanitario”

“Los SPF deben estar remunerados...”

“Estimular enfoques exclusivamente económicos o mercantilistas no reforzará la viabilidad de la farmacia, sino su liberalización”.<sup>111</sup>

La Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) es, a mi juicio, una de las sociedades profesionales que mantiene una preocupación constante por los servicios profesionales farmacéuticos, desarrolla muy buenas investigaciones y genera estupendos proyectos.

Pendiente de que el papel protagonista del farmacéutico en atención farmacéutica versus servicios asistenciales farmacéuticos, se proyectara y fuese captada por la sociedad, partiendo de la base de que una imagen vale por mil palabras, ideó para la promoción de los servicios profesionales farmacéuticos, bajo el lema: “El Farmacéutico que necesitas”. Carpas de Salud 2015-2016. Un Proyecto, que una vez concluido, nos ofrecía con toda la extensión, en su publicación Farmacéuticos Comunitarios. La exposición va firmada por sus colaboradores, coordinadores.

En el pequeño resumen inicial nos indica que los Objetivos de SEFAC fueron dar a conocer a la sociedad y los pacientes las actividades del farmacéutico comunitario en la prestación de servicios profesionales farmacéuticos (SPF) y valorar su satisfacción con la actividad.

En cuanto al Material y Métodos, nos indica que el proyecto tenía como base el ofrecimiento, a la población general, de actuaciones de servicios profesionales farmacéuticos adaptados al ámbito de una estructura itinerante, desmontable, tipo carpa. Los servicios ofrecidos fueron: uso adecuado del medicamento, cesación tabáquica, cribado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, consejo nutricional general, cribado de malnutrición en mayores de 65 años, cribado de diabetes, medida de la presión arterial y cálculo de riesgo vascular. Los SFP fueron realizados por farmacéuticos comunitarios (FC) voluntarios, locales, previamente formados con protocolos de trabajo diseñados por SEFAC para su actuación en aquel entorno.

---

<sup>111</sup> Satué, Eduardo. 2015. “Roles y conceptos de Servicios Profesionales Farmacéuticos (SPF)”. III Jornada Nacional sobre Servicios Profesionales Farmacéuticos. Valencia. 2015.

Cf. <https://www.sefac.org/iii-jornada-nacional-de-servicios-profesionales-farmaceuticos?tite>.

Sobre los resultados, primero nos pone en situación. El evento se había realizado en 15 ciudades diferentes, participaron 655 farmacéuticos comunitarios voluntarios, atendiendo a un total de 2.531 usuarios a los que realizaron 7.290 actuaciones profesionales con una media de tres por usuario.

En Conclusiones manifestaron que la mayoría de los usuarios encuestados tras recibir los servicios, declararon haber mejorado el conocimiento de su estado de salud y lo que desde la farmacia se les puede ofrecer. La práctica totalidad valoró de forma positiva las actividades realizadas.

Entrando ya en el contenido de esta publicación, encontramos en la Introducción un pequeño repaso histórico de la actividad de SEFAC por investigar las necesidades de los pacientes a fin de dirigir la actuación de los farmacéuticos en su oficina de farmacia.

Esta información empieza en 2013 cuando SEFAC, en colaboración con los Laboratorios Rathiofarm y el departamento de Salud Pública de la facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, promovió el proyecto de investigación REFCOM, cuyo objetivo principal era obtener una radiografía, lo más precisa posible, de la situación profesional y asistencial de las oficinas de farmacia españolas, en el que se analizó la opinión de los usuarios, asociaciones de pacientes, y los propios farmacéuticos comunitarios (FC) sobre diferentes determinantes de la situación real de las oficinas de farmacia en España, mediante la cumplimentación de encuestas específicas.

Los resultados fueron publicados en 2014, siendo uno de ellos, más llamativo, el bajo nivel de conocimiento y aceptación, en general, de los servicios profesionales farmacéuticos (SPF). Lo que les llevó a pensar en la necesidad de actuar de forma activa, implantando y desarrollando todos los servicios que fueran posibles.

Para que un servicio, indica, sea considerado profesional farmacéutico debe conllevar de forma intrínseca un fin asistencial. Según la definición del Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria los SPF considerados esenciales “son aquellas actividades sanitarias prestadas en la farmacia comunitaria por un farmacéutico que emplea sus competencias profesionales para la prevención de la enfermedad y la mejora tanto de la

salud de la población como la de los destinatarios de los medicamentos y productos sanitarios”.

También, para que los SPF ofrezcan garantía de calidad y seguridad deben estar protocolizados y consensualizados con las sociedades científicas de otros profesionales sanitarios que puedan intervenir en el proceso de atención al paciente. El profesional que los realiza debe estar capacitado para ello con el fin de que resulten eficaces, pueda medirse su eficiencia, ser incorporados en la cartera de prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) y lograr su retribución por este.

Tras los resultados obtenidos del estudio REFCOM, donde se reveló que se podía mejorar el conocimiento y la aceptación por parte de los pacientes sobre los servicios recibidos, la necesidad de comprobar la viabilidad de los procedimientos diseñados para su prestación y partiendo de la experiencia adquirida en la organización de carpas de salud, decidieron crear el proyecto de promoción de los servicios profesionales farmacéuticos, “El farmacéutico que necesitas”, que es al que me estoy refiriendo y se realizó en los años 2015 y 2016, con los objetivos de el piloto ya descrito, realizado en quince ciudades españolas.

La selección de los servicios a ofrecer, consideró las características del ámbito en el que se iba a realizar el proyecto, y el grado de capacitación de los farmacéuticos se consiguió revisando los farmacéuticos que habían recibido formación en el Campus SEFAC y con los que habían participado en sus proyectos: CESAR (cesación tabáquica), ImpacHta (hipertensión arterial y riesgo vascular), Revisa (RUM, revisión del uso de medicamentos), DIFAC (cribado y seguimiento de diabetes).

Para la formación de los voluntarios, eligieron dos coordinadores generales a los que formaron para asumir la responsabilidad del desarrollo del proyecto en las carpas. Estos designaron y formaron a los coordinadores de cada área de salud que, a su vez formaron a todos los farmacéuticos voluntarios participantes.

La dirección técnica del proyecto y los grupos de trabajo de SEFAC, diseñaron el protocolo del estudio, así como los procedimientos que había que seguir. Se pretendía lograr la extrapolación y reproductibilidad de las actuaciones y registros en todas las carpas.



Al proveer el servicio, el farmacéutico podía detectar situaciones en las que era necesario derivar, al paciente atendido, a su médico. En estos casos el farmacéutico cumplimentaba una hoja de informe de derivación al médico y se le indicaba al paciente que era necesario acudir al médico de cabecera.

Al finalizar la provisión de los servicios, se entregaba a todos los pacientes participantes, un material escrito, de consejos y recomendaciones de hábitos saludables. Antes de que abandonaran la carpa, se procuraba realizar una encuesta de satisfacción a todos los pacientes que habían participado.

La documentación consistía:

- . Hoja de registro, era el documento codificado con numeración correlativa que se entregaba al paciente en la zona de bienvenida. Al finalizar el circuito el usuario entregaba en el control de salida la hoja de registro y se quedaba con una copia.

- . Encuesta de satisfacción. Para realizarla se utilizó un cuestionario de seis preguntas, en su mayoría cerradas dicotómicas o de elección múltiple.

- . Material de soporte; se entregaban hojas informativas con consejos y recomendaciones.

- . Hojas de derivación; específicas para derivar al paciente a su farmacia habitual o al médico de cabecera.

- . Protocolos y documentos; eran todos los documentos (algoritmos, protocolos, documentación del servicio, hojas de derivación y registro, esquemas, instrucciones de uso de los diferentes aparatos, presentaciones para la formación, etc.)

- . Población de estudio; las carpas de SEFAC son un proyecto abierto a la población general.

Las ciudades españolas en las que se realizó el estudio:

Carpas año 2015

- . Las Palmas de Gran Canaria
- . San Sebastián
- . Zaragoza
- . Palma de Mallorca
- . Tarragona



. Valencia

Carpas año 2016

. Madrid

. Badajoz

. Santander

. Santiago de Compostela

. Bilbao

. Granada

. Cáceres

. Santa Cruz de Tenerife

. Murcia

Consideran que, a parte de la cuestión terapéutica, pensaban había tenido una repercusión efectiva en medios de comunicación y redes sociales difíciles de cuantificar, pero que se vieron reflejados en la reseña de medios escritos y audiovisuales que informaban de la realización de la actividad.

El objetivo de prestar servicios a la población, se cumplió, habida cuenta de la demanda generada de medidas de presión arterial y frecuencia cardiaca, consejos nutricionales, y cribado de diabetes.

La hora (de 10 a 18 horas) y en días laborables, hizo que la muestra general de edad fue de 56,7, más avanzada de la esperada.

En cuanto a la valoración y disposición de los usuarios con los servicios recibidos, casi un 40% de los pacientes había declarado recibir algún servicio en su farmacia habitual. Sin embargo al indicar cual era el servicio que recibían, la mayoría hizo referencia a mediciones de parámetros no ha servicios profesionales farmacéuticos propiamente dichos.<sup>112</sup>

Esta realización de las Carpas recibió un premio de la Fundamed Webcare en su XVI Edición en julio de 2017. El objetivo de los premios Fundamed, según sus patrocinadores, era reconocer el trabajo y el valor de aquellas

---

<sup>112</sup> Morata Ribas, Francisco J.; Huarte Royo, Joaquina. 2018. "Promoción de los Servicios Profesionales Farmacéuticos. "El farmacéutico que necesitas": carpas de salud 2015-2016". En *Farmacéuticos Comunitarios*. Volumen 10, Nº 1:pág. 7-15.

compañías, asociaciones, sociedades, o iniciativas por su compromiso en gestión ética.<sup>113</sup>

El 14 de septiembre de 2016, encontramos en “diariofarma” un artículo de su colaboradora María Granjo, titulado “SPD: ¿A qué precio?”. En él nos indica el debate sobre el importe que deben cobrar las oficinas de farmacia por el SPD. La controversia se suscitó ante la noticia de que en el Consejo de Colegios Profesionales Farmacéuticos de Cataluña, a las farmacias que quisieran prestar servicio a Residencias el cobro de SPD sería un máximo 20 euros, y las que ofrecieran cobrar menos tendrían preferencia para autorizarles ese servicio.

Ante esta actitud la SEFAC manifestó plantearía un recurso contra esa resolución por considerar “atentan contra la dignidad del farmacéutico comunitario y vulneran su derecho al libre ejercicio de la profesión y la libertad de empresa de la farmacia”.

Después, se plantean, sin contestación, la pregunta de ¿Quién lo paga?, para seguidamente exponer la situación en algunas comunidades autónomas, y nos repiten el conocido cuadro de cálculo de precio del SPD correspondiente al que realizó en 2013 el Consejo de Colegios de Farmacéuticos de Cataluña publicado, en su día, por *Pharmaceutical Care*.<sup>114</sup>

Siguiendo el problema de la conciliación medicación - adherencia, en *Ars Pharmaceutica* On-line, encontramos un trabajo publicado en 2018 y firmado por Neus Pages y María Isabel Valverde titulado “Métodos para medir adherencias terapéuticas”; el objetivo era describir los principales métodos para medir la adherencia terapéutica de los pacientes y determinar los más idóneos para ser utilizados en la práctica diaria de la oficina de farmacia.

Según indican el método empleado fue realizar una búsqueda “no sistemática” de los artículos de investigación más importantes publicados

---

<sup>113</sup> Cf. *El Global*, Especial. 2017. XVI Premios Fundamed y Webcare. *El Global*, Año XVIII, nº 797.9 julio 2017.

<sup>114</sup> Granjo, María. 2016. “SPD: ¿A qué precio?”. En *Diariofarma*. 14 de septiembre de 2016.

En internet Cf. <https://www.diariofarma.com/2016/09/14/spd-a-que-precio>

sobre el tema en la base de datos National Library of Medicine, Washington, DC (MEDLINE: PubMes).

Tras indicar, como siempre, que los métodos directos para medir la adherencia no son posibles en la oficina de farmacia. Sobre los indirectos nos recuerda los basados en la entrevista clínica al paciente incluyendo la utilización de cuestionario, recuento de medicación sobrante, en el empleo de dispositivos electrónicos, o el análisis de los registros de dispensación, terminan por recomendar el cuestionario autocomunicado al que consideran útil, sencillo y barato.

De todas formas, recomiendan que, entre los muchos cuestionarios, la elección de uno frente a otros se basará en la patología que sufra el paciente y en la información que se quiera analizar.

En las conclusiones se encuentra, que las opciones más factibles en oficina de farmacia son la utilización de cuestionarios administrados por el propio paciente y el análisis y el registro de dispensación.<sup>115</sup>

Ya nos han indicado en el estudio anterior, que para medir la adherencia existen muchos cuestionarios, pero en la práctica clínica y en oficina de farmacia tiene un lugar preponderante el denominado test de cumplimiento autocomunicado o test de Haynes – Sackett, citado en este trabajo en numerosas ocasiones, es muy empleado ya que es rápido de realizar pues se compone de una sola pregunta.

La evolución, de este test, llevó, en 2008, a elevar el número de preguntas, que eran 4 (Medical Adherence Questionnaire, MAQ, 4-item Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-4) a 8, y se denominó Morisky Medication Adherence Scale 8-items, conocido por sus siglas inglesas, MMAS-8. Esta nueva versión actualmente (2017), no está validada en España. La Universidad Miguel Hernández, de Elche, lidera el proyecto y su traducción al castellano.

El interés de esta universidad por el tema se manifiesta también en la Tesis Doctoral realizada por Juan Luis Hernández Rizo, titulada *Validación Transcultural del cuestionario Morisky MMAS-8, en población española de*

---

<sup>115</sup> Pagés Puigdemont, Neus; Valverd Merino, Isabel. 2018. "Métodos para medir Adherencias Terapéuticas" En On-line *Ars Pharmaceutica*, 2018, 59 (3): 163-172.

*los Pacientes Hipertensos*. En cuyo apartado Hipótesis, manifiesta: “El farmacéutico como profesional experto en medicamentos tiene una gran accesibilidad a los enfermos crónicos, por ello la utilización del cuestionario MMAS-8 a través de la validación al español para medir la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos del ámbito de la Atención Primaria, sería muy útil poder disponer de ello en español”.

No estando implantado en España el MMSS-8, el Test MMSS-4, está considerado como una de las “herramientas” más valiosas para conseguir información sobre la conducta del paciente respecto al cumplimiento, por eso, generalmente en Alzheimer, se hace al cuidador, suele ser el más utilizado para valorar la adherencia a la medicación en pacientes crónicos, dependientes, por su sencillez al precisar sus preguntas una respuesta dicotómica, si/no.

Este estudio simultaneaba los resultados del MMAS-4 con la decisión de validar y ofrecer en castellano la versión MMAS-8, viendo los resultados del estudio sobre los 200 pacientes, que era la muestra con la que trabajaban.

Los resultados en los servicios prestados fueron: Dispensación (96%); Indicación Farmacéutica (66%) Conciliación de la Medicación (46%): Seguimiento Farmacoterapéutico (50%): Adherencia Terapéutica (49%): y SPD (29%).

Sobre el perfil del cuidador de pacientes con enfermedad de Alzheimer, los datos recogidos señalaron que el 78% eran familiares de primer grado: hijo/a; el 48%, pareja; un 30% eran cuidadores no familiares; entre estos cuidadores el 76% eran personas sobrecargadas de actividad, no obstante el 80% de los pacientes y el 90% de los cuidadores manifiestan una gran satisfacción con la atención del farmacéutico de oficina de farmacia.<sup>116</sup>

---

<sup>116</sup> Cf. Guillen Valera, Joanna- 2018. “Validan el Test de Adherencia MMAS-8 para diabetes y dislipemia. La Universidad Miguel Hernandez de Elche lidera el proyecto y su Traducción al Castellano” En *Correo Farmacéutico*. 2018. Semana 11 a 17 de septiembre. 2018, Año XVI, Nº 747:pag.17

Cf. Hernandez Rizo, Juan Luis. 2017. *Validación transcultural del Cuestionario Morisky MMAS-8, en la población española de pacientes hipertensos*. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernandez, San Juan de Alicante.

En el 77 Congreso Mundial de Farmacia y Ciencias Farmacéuticas, convocado por la FIP, y celebrado en Seúl (Corea del Norte), el año 2017, el CGCOF presentó los proyectos asistenciales y de investigación:

- . ConSigue implantación
- . Vigila
- . Plenufar 6
- . Concilia Medicamentos

En la presentación ofrecía, de forma muy escueta, el servicio conseguido con estos proyectos, así vemos:

**ConSIGUE:** Indicaba que este proyecto evaluó los resultados de la implantación del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes mayores crónicos polimedicados. Los resultados de la fase de investigación habían demostrado que la intervención del farmacéutico realizando este Servicio consiguió reducir un 54'1% los problemas de salud no controlados, en un 53'1% los pacientes que acudieron a urgencias, en un 59'8% los que fueron hospitalizados, además de una reducción media de 0'39% medicamentos.

**Vigila:** “Farmacovigilancia en la Farmacia Comunitaria: antidiabéticos orales de última generación”. Lo presentaba exponiendo que este proyecto consistía en organizar la comunicación de los posibles efectos adversos de un determinado medicamento, así como potenciar el procedimiento de actuación para notificar alertas adecuadamente, siguiendo el protocolo y los canales establecidos en el Sistema Nacional de Farmacovigilancia. En esta iniciativa, que se desarrolló entre los meses de noviembre de 2015 y junio de 2016, habían participado 1.850 farmacéuticos de toda España.

**Plenufar 6:** Este programa hizo aflorar una serie de datos sobre costumbres del individuo en nada saludables, así puso de manifiesto que uno de cada 5 españoles es sedentario y, sólo el 40% cumple con las necesidades de hidratación, ya que el 21'55% de los españoles permanece sentado ocho horas diarias, y sólo el 40'82% cumple con las necesidades de hidratación, es decir, ingiere al menos 2 litros de líquidos al día.

Además, se aprecia entre la población española un consumo inferior a las recomendaciones diarias en alimentos como cereales, pastas y arroz, frutas, verduras y lácteos, entre otros.

Para cuantificar estos resultados, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos a través de su Vocalía de alimentación puso en marcha el programa Plenufar 6. La filosofía del estudio Plenufar, era implicar, a través de un ofrecimiento, a todas las oficinas de farmacia españolas (comunidades autónomas, Ceuta y Melilla) para que, partiendo de un tema de interés general, marcando un periodo determinado, estas farmacias voluntarias recibieran una formación adecuada para saber realizar las preguntas cuya respuesta aportase la información correspondiente. Los farmacéuticos voluntarios lo ofrecían a sus pacientes y terminado el plazo de inscripción, se realizaba el proyecto que, con una cadencia bianual, se estaba en la sexta edición.

Concilia Medicamentos: Este programa surgió porque se observó que la transición de pacientes entre niveles asistenciales era una de las causas habituales de la aparición de errores asociados a la medicación.

Este proyecto está dirigido a mejorar la seguridad del paciente en torno a su medicación y a conciliar los medicamentos cuando recibe el alta hospitalaria y muchas veces ve modificado su tratamiento.

La transición del paciente entre niveles asistenciales es una de las causas habituales de la aparición de “errores asociados a la medicación”.

Tras esta exposición, la representación española volvió con la noticia de que el próximo Congreso de la FIP de celebraría en España en la ciudad de Sevilla en 2020.<sup>117</sup>

El Grupo de Trabajo sobre Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria del CGCOF autorizó la difusión, el día 3 de marzo de 2017, de los cuatro nuevos procedimientos de desarrollo en el documento de *Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria* que suponían un avance hacia una farmacia asistencial. El grupo de trabajo de Buenas Prácticas aprobó la publicación de los cuatro nuevos procedimientos, Cuadernillos:

10.*Procedimiento de Adherencia Terapéutica en Farmacia Comunitaria.*

---

<sup>117</sup> Cf. Internet [portalfarma.com/Profesionales/consejoinforma/Paginas/Sevilla-elegida-sede-Congreso-](http://portalfarma.com/Profesionales/consejoinforma/Paginas/Sevilla-elegida-sede-Congreso-)

11. *Dispensación a través de sitios web de Medicamentos no sujetos a Receta Médica.*

12. *Formulación Magistral.*

13. *Desabastecimiento de Medicamentos de uso Humano.*

Están redactadas basándose en las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS); y manifiestan que era su voluntad ayudar al farmacéutico comunitario en la buena práctica que debe tener en su oficina de farmacia; así recuerda que tras lo publicado en 2013, siguió lo publicado en 2016 y, en ese momento 2017, ofrecía esos cuatro cuadernillos.

En la introducción indicaba “La Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a la falta de adherencia terapéutica como “un problema mundial de primera magnitud”.

Nuestro interés, centrado en la adherencia terapéutica y la oficina de farmacia, nos lleva a comentar, únicamente, el cuadernillo N° 10.

Expone que los farmacéuticos comunitarios estamos en una excelente posición en el sistema de salud para impactar en la adherencia a la medicación.

Como objetivos del Servicio de Adherencia Terapéutica señala:

- a) Maximizar la efectividad y seguridad del tratamiento.
- b) Optimizar en recursos sanitarios disponibles.
- c) Fomentar la educación sanitaria en la sociedad.
- d) Mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- e) Registrar y documentar la intervención profesional.

En cuanto al Procedimiento del Servicio de Adherencia, nos marca ocho pasos:

1. Detección del paciente con problemas de adherencia terapéutica; según nos indica existen una serie de factores que sirven como predictores de la falta de adherencia, considerando principales:

- . La complejidad del tratamiento farmacológico.
- . La aparición de efectos adversos producidos por la medicación.
- . Una inadecuada relación entre el profesional sanitario y el paciente.



- . La falta de coordinación entre niveles asistenciales (atención fragmentada).
- . Una enfermedad asintomática.
- . Un seguimiento inadecuado del paciente.
- . La inasistencia del paciente a citas programadas.
- . La falta de confianza por parte del paciente en el beneficio del tratamiento.
- . La falta de conocimiento de la enfermedad por parte del paciente.
- . La existencia de deterioro cognitivo en el paciente o presencia de problemas psicológicos (en particular, depresión).
- . Dificultades de acceso a la asistencia sanitaria o a medicamentos.
- . El coste de la medicación.

2. Oferta del servicio: si el paciente refiere tener problemas de adherencia terapéutica, o si identificamos nosotros que hay problemas de incumplimiento.

3. Valoración de la falta de adherencia. No insistimos en este punto pues no ofrece ninguna novedad: Métodos Directos e/o Indirectos aconsejando los consabidos test de Morisky- Green, Haynes -Sackett, Batalla, para cuya ejecución remite al Anexo.

4. Identificación del paciente como paciente adherente o paciente no adherente.

5. Entrevista.

6. Intervención, que se diseñará en función del tipo de falta de adherencia identificada en la intervención anterior.

Las intervenciones deben abordar temas cognitivos, conductuales y emocionales. Falta de adherencia intencionada, o no intencionada.

7. Seguimiento de la intervención realizada.

8. Registro del servicio.

Seguidamente pasa a describir los tres test que había mencionado, en su correspondiente Anexo.



El contenido, magníficamente organizado, va expuesto en diez páginas<sup>118</sup>

En *Coreo Farmacéutico* de fecha 27 de marzo a 20 de abril de 2017 encontramos un trabajo que recoge para Correo, su colaboradora Joanna Guillén Valera, con el sugestivo título de “Adhan, permitirá detectar la falta de adherencia a los antineoplásicos”.

El pequeño resumen que lo acompaña indica: “Se trata de un sistema de inteligencia artificial ideado por el servicio de farmacia del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Se basa en la categorización de 17 factores del paciente que producen el riesgo”

Tras su lectura conocemos que su finalidad es adelantarse a la falta de adherencia antes de iniciar el tratamiento con antineoplásicos orales para actuar y mejorar así la salud de los pacientes oncológicos, es el objetivo que persigue el “Proyecto Adhan (Sistema de inteligencia artificial para predecir el grado de adherencia al tratamiento antineoplásicos orales)”. La opinión de Joanna Guillen fue: Sinceramente creo que Adhan viene con la intención de conseguir la adherencia a los antineoplásicos.

Ya se ha indicado anteriormente fue ideado por el Servicio de Farmacia del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. En este servicio, Teresa Gramage era la líder del proyecto (en el habían participado Teresa Bermejo, jefe del Servicio de Farmacia del hospital, y Eva Delgado, especialista y responsable de Investigación del Servicio de Farmacia), que surge a raíz de los resultados de su Tesis Doctoral presentada en 2016 en la Universidad Complutense de Madrid.

En esta Tesis se señaló que “los factores que de manera independiente influyen negativamente a la adherencia de antineoplásicos orales son los tratamientos con intención paliativa, los ingresos hospitalarios durante el periodo de estudio, las administraciones de estos medicamentos superiores a la primera”.

---

<sup>118</sup> Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2017. *Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España*. Número 10. Servicio de Adherencia Terapéutica en Farmacia Comunitaria. CGCOF. Septiembre. 2017.

Pero, según nos indica esta información, no era éste el único estudio que había analizado la adherencia en estas terapias en España.

En 2015 se había publicado otro trabajo liderado por expertos de los Servicios de Farmacia de los Complejos Hospitalarios de Vigo y Pontevedra, que cifraban en casi un 30 por ciento la falta de adherencia de estos pacientes a los antineoplásicos.

Estos datos, demostraban que, aunque la adherencia era en general alta, había un porcentaje que todavía incumplía, de ahí la importancia de ese programa.

Gramage, en su trabajo informa, “las intervenciones de los profesionales sanitarios en materia de adherencia a estos medicamentos se realizan o en todos los pacientes en tratamiento o tras la detección del problema”. Con el sistema Adhan, indica, la atención cambiaría pues “permite la estratificación de pacientes en función de un riesgo de falta de adherencia”.

Tiene, cierta seguridad, que su experimento va a permitir identificar, antes de iniciar el tratamiento, a los buenos adherentes (sobre los que no será necesario realizar un seguimiento continuado), este avance indica “permitirá focalizar, desde el principio, tanto el personal, como información sobre el riesgo de incumplimiento terapéutico antes de la prescripción del antineoplásico, lo que puede resultar de utilidad a la hora de seleccionar una opción terapéutica u otra.”

Explica que el “cálculo inicial del riesgo de falta de adherencia de Adhan se basa en la categorización de 17 factores del paciente”, así incluye factores sociodemográficos (como edad, o si el paciente vive sólo o acompañado); el tipo de tratamiento adyuvante o paliativo; el número de comprimidos y tomas al día y, la presencia de reacciones adversas y relacionadas con su entorno asistencial. “Este plan corre a cargo de los farmacéuticos que se encargarán de, entre otras cosas, realizar la entrevista clínica individualizada para cada paciente en la que se revisará con él su tratamiento (como tomarlo, ajuste de las tomas a su rutina, el número de comprimidos, y todas las precauciones, interacciones, manejo de efectos adversos)”.

Tras estas valoraciones y en caso necesario, “se le ofrecerá el uso de sistemas para mejorar la adherencia (sistemas de recordatorios en el teléfono móvil, alarmas, apps y web con información revisada por los

profesionales).” “Actualmente, indica, trabajamos en el desarrollo del sistema de inteligencia artificial por lo que todavía no está implantado”, “esperamos que esté disponible para su pilotaje y utilización en la práctica asistencial en unos meses”, auguraba Gramaje.

De esta información ha transcurrido un año, y no he encontrado reflejado en los periódicos de farmacia ni comentarios ni resultados; tal vez revisando en prensa de hospitales lo hubiera encontrado.

Suponemos que esta investigación es para uso únicamente intra hospitalario, pues al indicar la tarea del farmacéutico es únicamente al de hospitales. Cuando este paciente esté en su domicilio tal vez ya traiga terminado el Adhan. Seguramente, los profesionales sanitarios del hospital, ignoran que el farmacéutico de oficina de farmacia, es su farmacéutico de siempre, que lo conoce social y clínicamente; a la vuelta del enfermo a su domicilio, le dispensará los medicamentos prescritos por el especialista, y los de la unidad del dolor (en caso necesario). Un caso frecuentísimo en estos pacientes es que precisa tomar a intervalos, un medicamento que puede llevarse a casa, pero es termolábil, allí le informarán lo conserve en nevera (¿a qué temperatura? ¿a qué altura en el interior de la nevera?), además si están pautados a intervalos, es complicado; la solución, tal vez sería que ese medicamento quedase depositado en la farmacia y el farmacéutico convenga a qué hora quiere que se lo lleve y lo tome, siempre a esa hora, el/los días que le corresponde. Atención Domiciliaria.

No deben olvidar que el farmacéutico controlará el día a día de su medicación con toda la gama de principios activos que le recomienden.

Esa Unidad del Dolor, que funciona autónomamente, estoy segura que agradecería al farmacéutico de la oficina de farmacia del paciente, custodiara los parches o cualquier presentación que tenga su medicación y sea asequible para administrarla por el farmacéutico, puede encargarse de ir al domicilio a colocárselos. Atención Domiciliaria.

También sería bueno que los profesionales sanitarios responsables de los hospitales, pasasen un momento por el hospital de día.

El que yo personalmente conozco, es una sala amplia y, como si estuviesen apoyados en las paredes, todo el perímetro, lo ocupa pacientes perfundidos; por tu vista pasan todos los estadios que propicia el cáncer en su desarrollo, es cruel que esas personas estén a la vista de cualquiera, merecen un

decoroso respeto, y es cruel, también, para los menos deteriorados que podrán deprimirse. Por allí pasan también, los que únicamente van a que les inyecten, y esperan a que preparen su dosis en el servicio de farmacia.

Tanto que les gusta a los entendidos hacer test inflando al paciente a preguntas, por qué no se ponen a la salida del hospital de día y les preguntan, mejor al acompañante pues, el paciente evitará sus ganas de contestar, con tal de salir de allí.<sup>119</sup>

En 2016 la Fundación Farmaindustria patrocina la publicación *Plan de Adherencia al Tratamiento. Uso responsable del medicamento*.

“El presente documento es resultado de un trabajo colaborativo en el que han participado sociedades científicas médicas, farmacéuticas y de enfermería, representante de pacientes y profesores expertos, con el impulso de Farmaindustria y el apoyo de la consultora EY”.

Es un interesante documento cuyo contenido es de gran utilidad hoy día pese a haber pasado más de un año de su publicación.

Su información abarca 114 páginas más la Bibliografía; estructurado en 6 apartados y 2 anexos.

1. Presentación
2. Introducción
3. Términos de referencia
4. Situación actual de la adherencia en España
5. Pilares estratégicos para mejorarla adherencia
6. Despliegue estratégico del Plan.

Dentro de los pilares cita las profesiones sanitarias y sobre el farmacéutico opina: “El farmacéutico en su cercanía, accesibilidad y por sus competencias y funciones profesionales tiene un papel relevante en el círculo asistencial ofreciendo en coordinación con el médico, consejo sanitario, seguimiento farmacoterapéutico y apoyo profesional al paciente”. Continúa indicando que, el acto de la dispensación de la medicación es un momento especialmente adecuado para desarrollar servicios específicos y considerar ofrecer el servicio de SPD. Además, puede alertar al médico

---

<sup>119</sup> Gramajo Cano, Teresa. 2016. *Adherencia al tratamiento con antineoplásicos orales*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense. Facultad de farmacia. Departamento de Farmacología. Madrid. 2016.

Cf. Guillén Valera, Joanna. 2017. “ “Adan” permitirá detectar la falta de adhesión a los antineoplásicos”. En *Correo Farmacéutico*, semana 27 marzo á 2 de abril, 2017. Año XVI, Nº 728: págs. 19-20

responsable del paciente sobre posibles problemas de adherencia y contribuir a resolverlos; en pacientes mayores de edad con gran riesgo de incumplimiento, garantizando su tutela para evitarlo; su labor en la conciliación de los tratamientos y la continuidad de los mismos entre los diferentes niveles asistenciales.

Insistiendo en los servicios SPDs opina sería oportuno realizar un estudio en el que se evaluara la utilización, en ese momento, de los SPD a nivel nacional y analizar los factores determinantes de éxito que fuesen replicables. Para el seguimiento de esa acción proponían evaluar cómo ese tipo de servicios repercutía en mejoras para la adherencia.<sup>120</sup>

En 2017 a iniciativa del Comité Científico del Observatorio de Adherencia al Tratamiento y con la colaboración de diversas universidades y sociedades científicas se realizó una investigación bajo el título *Estudio Nacional de la Adherencia al Tratamiento en Patologías Crónicas*, que fue presentado en Sesión de la Real Academia Nacional de Medicina.

Consideraban que el estudio era único en su campo por su metodología, ámbito, diseño y resultados, realizado por distintos expertos: las patologías analizadas fueron: diabetes, hipertensión, EPOC, asma, hipercolesterolemia, osteoporosis, enfermedades reumáticas, depresión, enfermedades cardíacas y vejiga hiperactiva, que repercutía en un aumento del gasto sanitario, de la demanda asistencial, y de la ineficacia de los tratamientos.

Consistió en la realización de 6.150 encuestas llevadas a cabo en 132 oficinas de farmacia, repartidas por todas las comunidades de España, orientadas a analizar exhaustivamente el verdadero alcance de este problema; se analizaron 2,9 millones de recetas, llegando a la conclusión de que 1 de cada 3 pacientes no retira siempre todos los medicamentos que le prescribe el facultativo.

Por perfil del paciente, el estudio refleja que los más jóvenes eran los más incumplidores (60 por ciento frente a un 47 por ciento los mayores de 60 años).

Uno de los intervinientes fue la presidenta de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (Serpas) y confirmó que la

---

<sup>120</sup> Restovic Camus, Gabriela. 2016. *Plan de adherencia al tratamiento. Uso responsable del medicamento*. Fundación Farmaindustria. Colaboración consultora EY. Santander, septiembre, 2016

Cf. Internet <https://www.sefac.org/documentos/farmaindustria/plan-de-adherencia-al-tratamiento>

reforma del copago había tenido un efecto negativo en la adherencia de los pensionistas.<sup>121</sup>

La Agrupación Farmacéutica Europea (PGEU) coincidiendo en 2019 con la celebración del 60 aniversario de esa institución, publicó un documento, impulsado en 2018 bajo la presidencia de Jesús Aguilar Santamaría, (en 2019 presidente del CGCOF), titulado *Farmacia 2030: una visión para la Farmacia Comunitaria en Europa*, que marcaba la hoja de ruta para los farmacéuticos europeos en ámbitos como la cronicidad, la seguridad de los medicamentos, o la e-Salud; incluyendo tres iniciativas de la farmacia española: Nodofarma, CISMED (Centro de Información sobre el Suministro de Medicamentos), y conSIGUE.

Según manifestó, en ese acto su presidente “es hora de reconocer la contribución vital de la profesión farmacéutica a la salud de las personas durante las últimas décadas y de mirar hacia el futuro para ver como la profesión puede mejorar aún más esta contribución y ayudar a fortalecer los sistemas sanitarios de Europa”; aludiendo a los retos comunes para los sistemas sanitarios europeos: sostenibilidad financiera, falta de personal sanitario, y el creciente peso de las enfermedades crónicas, sosteniendo que “debemos reconocer, apoyar y desarrollar el papel de los farmacéuticos comunitarios en la prestación de servicios de atención al paciente, de alta calidad y accesibles”, y el documento continuaba indicando “más servicios e integración en Atención Primaria”.

El documento ofrece 10 recomendaciones clave:

- .1- Maximizar los beneficios de la intervención del farmacéutico comunitario para los pacientes y los sistemas sanitarios mediante la promoción de servicios farmacéuticos para mejorar los resultados del tratamiento y la adherencia y minimizar los riesgos.
- .2- Implicar a los farmacéuticos comunitarios en modelos de atención colaborativa.

---

<sup>121</sup> Cf.Observatorio de la Adherencia al Tratamiento (OAT). 2017. *Estudio Nacional de la Adherencia al tratamiento en Patologías Crónicas*. Presentado en Sesión de la Real Academia Nacional de Medicina. *Europapres*, 10 de mayo de 2017.

Cf.Fernández, Carmen .2017. “Deshaderencia”. Sección, El Almirez, en *Correo Farmacéutico* Año XVI, Nº 736, semana 22 a 28 de mayo, 2017

- .3- Otorgar a los farmacéuticos comunitarios acceso a toda la información relevante sobre la salud de los pacientes y la lista de medicamentos que estuvieran tomando.
- .4- Consultar con los farmacéuticos sobre la integración de nuevas soluciones digitales en la sanidad.
- .5- Permitir que los farmacéuticos contribuyan al avance de la digitalización de la asistencia sanitaria como fuentes posibles de información sanitaria.
- .6- Apoyar a los farmacéuticos en la integración de la farmacogenómica, las normas clínicas validadas y los datos del mundo real en su práctica diaria para mejorar la seguridad del paciente.
- .7- Respaldo que los farmacéuticos comunitarios ofrezcan exámenes médicos, gestión de medicamentos, promoción de la salud y de educación, para ayudar a reducir la carga general de los enfermos crónicos.
- .8- Establecer marcas regulatorias para maximizar el valor de la red de farmacias comunitarias de alta accesibilidad para las comunidades a las que sirve.
- .9- Asegurar que los farmacéuticos comunitarios puedan proporcionar a los pacientes toda la gama de medicamentos y dispositivos médicos que necesiten.
- .10- Garantizar que la remuneración de los farmacéuticos comunitarios refleje adecuadamente su contribución a la mejora de la Atención Farmacéutica. La reducción de la carga de otros servicios sanitarios y el apoyo a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.<sup>122</sup>

En noviembre de 2018, se notifica la finalización del proyecto de investigación adherenciaMED, liderado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos con la participación de las Universidades de Granada y Tecnológica de Sidney, y la colaboración de los laboratorios Cinfa.

Este proyecto se inició en marzo de 2017 y se desarrollaba en tres fases: piloto, impacto, e implantación. El pilotaje, realizado en las provincias de

---

<sup>122</sup>Cf. Internet <https://www.portalfarma.com>2019-farmacia> europea-2030-PGEU (consultado 07/08/2019)



Albacete y Gipuzkoa, permitió evaluar, probar, mejorar el método y las herramientas utilizadas.

Posteriormente la fase de impacto, se inició en octubre de 2017 y concluyó en abril de 2018; fue llevada a cabo en 98 farmacias y participaron 138 farmacéuticos de 6 Colegios Oficiales diferentes que durante esos 6 meses ofrecieron servicio a una media de 12 pacientes por farmacia, 1.176 en total, cuyo tratamiento farmacológico era para hipertensión, asma y EPOC, patologías en primera fila de incumplimiento terapéutico.

La intervención realizada por los farmacéuticos para intentar conseguir la adherencia terapéutica se apoyó en una combinación de modelos teóricos basados en la evidencia para el cambio de comportamiento, y otras estrategias como: consejo farmacéutico, realización de sistemas personalizados de dosificación (SPD), y educación en Técnicas de Inhalación en el caso de asma y EPOC. Con los pacientes adherentes las intervenciones estuvieron enfocadas a la educación para el refuerzo y persistencia de la adherencia terapéutica.<sup>123</sup>

El interés del CGCOF por el seguimiento farmacoterapéutico, condujo a estudios casi paralelos, teniendo como protagonista el uso de los medicamentos en pacientes mayores (de 65 años en adelante), crónicos, polimedicados, se diseñó el programa ConSIGUE (ya expuesto en este trabajo doctoral) con el fin de reducir problemas de salud no controlados, comprobar lo más exactamente posible el consumo de medicamentos cumpliendo con la medicación en la forma que estaba prescrita, para evitar visitas de urgencia, ingresos hospitalarios y, mejorar la calidad de vida del paciente.

Además, el Seguimiento Farmacoterapéutico permitió elevar la calidad de vida percibida, del paciente en 6,74 puntos, lo que estimaban generaría un beneficio asociado de 2.108 millones de euros (AVAC); así es como se

---

<sup>123</sup> Cf. <https://www.potalfarma.com/Profesionales/Consejoinforma/Paginas/2018-AdherenciaMed-adherencia-Terapeutica.aspx>

Cf. <https://www.portalfarma.com/Profesionales/InvestigacionFarmacia/AdherenciaMed/Documents/2019-infografia-resultados-adherenciamed.pdf> (consultado 07/09/2019)



expresa la información facilitada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, indicaba que en el análisis coste/utilidad, era considerado “utilidad”, la preferencia o valoración que el ciudadano tiene respecto a un determinado estado de salud. Las unidades de medida utilizadas, fueron el QALY o AVAC.

El QALY es una unidad de medida de las preferencias de los individuos sobre la calidad de vida respecto a un estado de salud.

El término AVAC es un acrónimo de “años de vida ajustados a la calidad de vida”.<sup>124</sup>

En la I Conferencia Internacional de Farmacia Práctica celebrada en Lisboa (Portugal) en junio de 2013, se presentó el proyecto del estudio conSIGuE y sus conclusiones en forma de Poster, otorgándole el Primer Premio. Tras los resultados, el presidente del CGCOF, D. Jesús Aguilar, manifestó: “la profesión está preparada y ahora debemos convencer a la Administración para que cuente con el farmacéutico si quiere mejorar el sistema sanitario.”.<sup>125</sup>

Durante el transcurso del estudio ConSigue, los farmacéuticos incluidos en el grupo de intervención recibieron formación y asesoría in situ desempeñada por parte de Formadores Colegiales contratados por el Colegio Oficial de Farmacéuticos provincial correspondiente (2 FoCo por provincia)<sup>126</sup>.

Con idéntica iniciativa, a raíz del impulso realizado por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica con el estudio ConSIGUE, se fraguó la realización de la tesis doctoral titulada *Sostenibilidad económica del servicio de seguimiento farmacoterapéutico en la Farmacia*

---

<sup>124</sup> Internet Cf.<https://www.portalfarm.com/Profesionales/consejoinforma/resultados-Programa-conSigue-implantacion.aspx>. (consultado 07/09/2019)

<sup>125</sup> Cf. [Portalfarma.com/Profesionales/Consejoinforma/Resultados-Programa-conSigue-implantacion.aspx](https://www.portalfarma.com/Profesionales/Consejoinforma/Resultados-Programa-conSigue-implantacion.aspx)

<sup>126</sup> Cf. Martínez. Martínez Fernando; Varas Doval, Raquel; et alts. 2014. *ConSigue informa. Medida del impacto clínico, económico y humanístico del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en mayores polimedicados, en la Farmacia Comunitaria Española*. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2014.

*Comunitaria Española*, realizada por Aránzazu Noain Calabuig, en la Universidad de Granada, Facultad de Farmacia, defendida en septiembre de 2017.

En la Introducción la doctoranda nos indica que “en la gestión de cualquier sistema de salud, se ha vuelto crucial la optimización de los recursos disponibles. De hecho, con el fin de mejorar la toma de decisiones, los gobiernos y terceros pagadores solicitan evaluaciones económicas de las posibles nuevas prestaciones sanitarias”. Comenta que en estos estudios se comparan dos o más alternativas mediante la medida y valoración de los costes generados y resultados obtenidos por cada una de ellas.

En la provisión de cualquier SPF será indispensable mostrar el impacto clínico generado y también, analizar los resultados del impacto económico que afecta a todos los agentes implicados en su provisión, por eso se diseñó y llevó a cabo el estudio ConSIGUE Impacto.

La autora de la investigación nos aclara que en España hasta la realización de ConSIGUE no había estudios realizados con la suficiente potencia como para demostrar el efecto de la provisión de cualquier servicio profesional farmacéutico; nos especifica que en el estudio ConSIGUE Impacto, se había desarrollado en concreto la provisión del servicio profesional de seguimiento farmacoterapéutico (SFT) con el fin de cubrir la falta de información contable sobre la provisión de un SFT.

En España, la provisión del servicio de SFT es una actividad no remunerada en ningún ámbito sanitario; tal vez la falta de pago sea una de las barreras que dificultan su implantación, ahora bien, si pretendemos conseguir su remuneración, será necesario fijar un precio.

Aquí se nos indican objetivos principales y objetivos secundarios:

#### Objetivos Principales

- . 1- Calcular el coste desde el punto de vista del titular.
- . 2- Estimar el precio del servicio en función de diferentes variables.

#### Objetivos Secundarios

- 1.1 Revisión sistemática de los costes asociados a la provisión de cualquier servicio profesional.
- 1.2 Identificar los recursos necesarios para la prestación del SFT.

### 1.3 Analizar los costes de provisión del SFT.

2.1 Justificar la necesidad de remuneración de la prestación del servicio de SFT

2.2 Proponer modelos de remuneración del servicio de SFT

2.3 Calcular el precio del servicio de SFT

El método de investigación consistió en obtener información realizando entrevistas semiestructuradas en las que la guía para la realización de las mismas, se basó en la información obtenida de búsquedas bibliográficas con el fin de encontrar estudios publicados sobre análisis de costes de cualquier servicio profesional farmacéutico.

Los farmacéuticos entrevistados eran todos ejercientes en España, elegidos mediante una selección intencionada de dos grupos diferentes, uno compuesto por farmacéuticos titulares o adjuntos con ánimo innovador y con amplia experiencia en SFT y el otro grupo lo componían farmacéuticos que habían participado en el proyecto ConSIGUE Impacto.

En el proceso de análisis y tratamiento de la información, se utilizó la metodología de análisis de contenido, del estudio cualitativo previo se pudo identificar todos los recursos necesarios para proveer el servicio que se dividieron en dos:

- (1) inversión, o desembolso inicial dedicado a la adquisición de instrumentos y otros recursos para comenzar la prestación.
- (2) gastos de mantenimiento de la actividad en el tiempo.

El número de pacientes que intervinieron en este estudio doctoral. fue de 1.403 todos polimedicados y mayores de 64 años. Participaron 178 farmacias (99 en grupo de intervención) de cuatro provincias diferentes. Nos indica que recibieron el servicio durante seis meses y se realizó según el método Dáder.

El tiempo invertido por el farmacéutico durante el servicio fue recogido como parte del programa ConSIGUE.

En este trabajo doctoral nos indican que para cuantificar el coste laboral del farmacéutico proveedor del servicio, se calculó el valor económico del tiempo invertido por el farmacéutico en la provisión del servicio durante un año.

En la Metodología se describe como se cuantifican una serie de variables: el valor del tiempo anual de trabajo del farmacéutico, su salario, los tributos y el tiempo remunerado no trabajado.

Para cuantificar el valor inversión y gasto se solicitó a una de las farmacias participantes en el programa ConSIGUE, proporcionase tres presupuestos de cada uno de los recursos identificados. Para estimar el valor de la zona de atención al paciente (ZAP) se recurrió a un aparejador el diseño y el presupuesto de la habilitación para tres de las farmacias participantes.

Como los recursos adquiridos por las farmacias, para este servicio, pueden ser utilizados en la realización de distintos servicios a parte del SFT, decidieron ajustar el valor del recurso en base al uso que se le diera en cada actividad, y emplearon, según manifiestan, las reglas de otros estudios financieros sobre SFT encontrados en la revisión bibliográfica previa.

En el cálculo del precio se consideraron diferentes escenarios posibles en función de los elementos que establezcan su ecuación y, la variabilidad de algunos de ellos, como son: coste del farmacéutico proveedor, número de pacientes que recibirían el servicio, la amortización de la inversión, los gastos de mantenimiento, y un margen de beneficio aplicado; para poder conocer la valoración que hacían los farmacéuticos participantes nos indican dieron a cada farmacia un cuestionario diseñado para ese fin.

Los farmacéuticos con experiencia en la provisión del servicio de SFT identificaron una serie de recursos como; recursos materiales que incluyen: la habilitación de la zona ZAP, el hardware , el software, diversos aparatos.

Las fuentes de información y, la publicidad y promoción del servicio. También se identificaron los recursos humanos y la formación: el coste del personal dependiendo del tiempo de provisión y la categoría del farmacéutico proveedor (titular o adjunto).

En cuanto a los farmacéuticos con escasa experiencia, nos indica que apenas identificaron gastos generados por la provisión del servicio excepto, el coste de personal.

Ambos grupos coincidieron en argumentar que el farmacéutico posee la formación necesaria para realizar este servicio y le da ventaja la cercanía que tiene con el paciente, asume la responsabilidad, y también alude el impacto económico y clínico generado por el servicio y sugiere que sea la Administración la que sufrague el servicio y que el pago se efectúe a la

farmacia como organización, sin dejar de compensar económica y profesionalmente al proveedor.

Para el precio del servicio hicieron una revisión bibliográfica de la que extrajeron 49 estudios, considerando a dos de ellos de alta calidad, de esta revisión diseñaron una “herramienta” para imputar los costes indirectos generados a la farmacia en la provisión del servicio de SFT.

Respecto al estudio cuantitativo, para este trabajo recogieron 58 trabajos completados, y se obtuvo una media de 560 minutos con los datos de 523 pacientes. El coste de la provisión quedó comprendido entre 196’3 euros y 310’1 euros; la inversión media ascendió a 4.600 euros por farmacia. El gasto medio anual por farmacia consideró ascendía a 3.069 euros siendo los costes más elevados los correspondientes a formación y la asistencia a congresos, seguido del alquiler del local.

En las conclusiones señala es necesario identificar pormenorizadamente los recursos necesarios para prestar el servicio SFT y que se determinen la inversión y los gastos del aprovisionamiento del mismo. Parece ser que el recurso más importante es el coste laboral, pero la cuantificación de todos los recursos, es necesario para cuantificar el precio.

Nos advierte de que hay una gran variabilidad de lo que cuesta dar un servicio de SFT en función del nivel de facturación de la farmacia y, de la categoría del farmacéutico proveedor, así el valor del precio del servicio podría quedar comprendido entre 237 y 628 euros por paciente y año.

Finalmente esta investigación nos indica el estado financiero de las farmacias a fecha de 2017 en que presentó este trabajo doctoral y, según consta, las oficinas de farmacia son en su gran mayoría microempresas, que ocupan a menos de 10 personas y su volumen de negocio anual o balance general anual no superaba los 2 millones de euros, Para más orientación nos incluye el informe Anual de Oficinas de Farmacia de 2012, en él indica que la farmacia española “tipo” o “promedio” tenía un facturación entre 301.000 y 600.000 euros, su margen neto antes de impuestos era

>7,12% (entre 21.630 y 42.720 euros).; y después de impuestos(DI) era de 6'30%.<sup>127</sup>

Acabamos de mencionar que, en febrero de 2014, el Consejo General de Colgaos Oficiales de Farmacéuticos, había editado una publicación titulada *ConSigue informa. Medida del Impacto Clínico, Económico y Humanístico del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en Mayores Polimedicados, en la Farmacia Comunitaria Española*, del que ofrecemos una mínima presentación.

La publicación se inicia con un Agradecimiento Especial a los Colegios Oficiales de Farmacéuticos que supieron motivar activamente a los farmacéuticos comunitarios a implicarse en el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes mayores, polimedicados de sus localidades.

Se hace extensivo el agradecimiento a los laboratorios CINFA como patrocinador principal del programa ConSigue Impacto, y a todas aquellas otras entidades colaboradoras a nivel local.

Como autores figuran investigadores de diversos centros:

Dos autores, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

Cinco autores, Universidad de Granada. Entre ellos Aránzazu Noain.

Un autor, Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

Un autor, Universidad San Jorge de Zaragoza.

Un autor, Universidad de Leeds. Reino Unido.

Dos autores, Universidad Tecnológica de Sidney. Australia.

El Prefacio, firmado por Carmen Peña López, en calidad de presidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, en su contenido

consigue levantar la moral de los farmacéuticos infundiendo esperanza, abriendo la ventana que nos hacía ver el futuro.

Antes de comentar brevemente este Prefacio, quiero transcribir su final:

---

<sup>127</sup> Noain Calabuig, M.<sup>a</sup> Aranzazu. 2017. *Sostenibilidad económica del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en la Farmacia Comunitaria Española*. Tesis Doctoral. Facultad de Farmacia, Programa Oficial de Doctorado en Medicina Clínica y Salud Pública. Universidad de Granada. 2017

“Mi más sincera felicitación a todos los que están haciendo posible conSigue porque están contribuyendo a construir la Farmacia del futuro. Un futuro con un paciente que demanda un farmacéutico más implicado en su salud y con una farmacia altamente profesional y sostenible, en el campo del medicamento y también en el de los servicios que den respuesta a lo que la sociedad necesita”.

Se inicia la exposición de este trabajo indicando que uno de los grandes retos que se presentaba a los sistemas sanitarios era el progresivo aumento de la esperanza de vida acompañado en algunos casos de cronicidad, pluripatología y por tanto polimedicados.

A continuación, se centra en España y nos proporciona unos datos rigurosamente actualizados en ese 2014 en que se escribe. “En España se estima que en el año 2050 seis millones de personas superarán los 80 años, 11,6% de la población, frente al 5,3 actual, y el 34% de la población será mayor de 60 años”.

Manifestaba que, en ese momento, las autoridades sanitarias estaban poniendo en marcha estrategias dirigidas a favorecer el envejecimiento activo y saludable dirigido a pacientes crónicos, polimedicados, para fomentar la adherencia a los tratamientos farmacológicos y conseguir minimizar la aparición de efectos no deseados.

Indica que ese informe de los resultados de conSigue Impacto respondía a los nuevos desafíos asistenciales que afrontaba el sistema asistencial en un doble sentido: mejorar la salud y optimizar los recursos públicos.

Además, se había puesto de manifiesto que la práctica colaboración entre profesionales sanitarios, como preconizaban instituciones de la talla de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP), resultaba favorable a la integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar de la salud contribuyendo al éxito de los objetivos sanitarios.<sup>128</sup>

---

<sup>128</sup> Martin Martin, E.(U.Granada);Farragher.T(U.Leeds,Reino Unido);et. alts. 2014. *ConSigue informa. Medida del Impacto Clínico, Económico y Humanístico del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en Mayores Polimedicados en la Farmacia Comunitaria Española*. Edita, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid. 2014



En la revista *Correo Farmacéutico*, en el nº 768, correspondiente a febrero de 2018 en la sección “Farmacia Asistencial” encontramos un extenso Artículo de Opinión sobre el cobro de los servicios SPD.

Sin especificar la forma de calcularlo, como primera idea nos recomienda cobrar la cantidad de 20 euros mes por cada SPD, e indica que en el País Vasco se estaba cobrando 31,16 euros, pero eran partidarios de fijarlo en 36 euros mes por SPD.

Indicaban que el tiempo era lo más caro en los servicios profesionales. En este análisis separan lo que cuestan algunos de los gastos más frecuentes, la mayoría sin facturarse, y lo mucho que invierte la farmacia.

Nos repite que el principal coste de una oficina de farmacia que realiza servicios profesionales añadidos, es el tiempo que invierte en ellos. Muchos farmacéuticos consultados por *Correo Farmacéutico* subrayaron que, en ese momento, los ingresos por servicios asistenciales eran testimoniales, pese a los estudios que indican positivamente su coste-efectividad.

Las conclusiones principales eran que el farmacéutico cobraba poco o nada, y que los servicios eran más efectivos cuando se cobraban. Especialistas que habían realizado estudios sobre los servicios habían calculado que la remuneración por ellos suponía un 1% (de media) de las cuentas de la farmacia y añadía que se darían por satisfechos si a medio plazo se consiguiera que llegasen a un 10%.

El tiempo empleado en Atención Farmacéutica consideraban suponía más del 70% de su coste. Los farmacéuticos de oficina de farmacia que prestaban esos servicios coincidían en señalar la importancia de que la Administración remunerase los servicios profesionales para, al menos, cubrir costes.

Los servicios profesionales, indicaban, como tienen entidad propia, más allá de la dispensación, si se demuestra que son eficaces y eficientes, deberían tener una remuneración expresa así, además, se dotarían de la sostenibilidad necesaria para que el farmacéutico haga frente a la formación personal e infraestructuras necesarias, estos servicios deben reconocerse como prestación farmacéutica complementaria según lo dispuesto en la Ley de Cohesión.



Miguel Ángel Gastelurrutia (en ese momento, 2018, vocal del COF de Guipúzcoa), experto en Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) indicaba que lo que más pesaba en el coste era el tiempo invertido por el profesional (entre 75 y 95%), seguido de la inversión inicial y los gastos de mantenimiento.

María Fernández Teigeiro, Presidenta del COF de Cantabria, comentó a Correo Farmacéutico, que ellos estimaban en 30 euros preparar SPD a un paciente con 5 fármacos (el tiempo es oro, indicaba), y Miguel Ángel Gastelurrutia indicaba que con la experiencia en el programa ConSigue habían visto que, en general, los adjuntos hacían más seguimiento que los titulares, pero si lo hacía el titular el servicio era más caro. La Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) calculaba el tiempo de un adjunto en la revisión del uso del medicamento (SFT), con el programa Revisa, y lo valoraba en 19,63 euros/hora.

Todos los cálculos salariales se realizaban teniendo en cuenta el Convenio de Oficinas de Farmacia del Colegio correspondiente, y en este trabajo también se nos aportaba que SEFAC, en un estudio presentado “Fijación de precios de los servicios profesionales farmacéuticos”, se concretaba el coste salarial por hora dedicada a una revisión en 17,55 euros, y fijaba en 19,14 euros el servicio de deshabituación tabáquica.

Tras ofrecer esta información, el *Correo Farmacéutico* nos incluía la opinión de farmacéuticos de oficina de farmacia, de diferentes lugares, que habían sido preguntados por dicha publicación sobre qué servicios realizaban:

.La farmacéutica titular de una oficina de farmacia en Albacete, que era la coordinadora del programa de deshabituación tabáquica en Castilla- La Mancha, no cobraba por el servicio. Opinaba que la Administración debería ayudar económicamente pues el tiempo invertido en llevar un protocolo, gracias al cual puede el paciente ser derivado o no al médico, debe ser remunerable.

.El titular de una farmacia en Valencia dice prestaban servicio de SPD y detección del riesgo vascular, indicando que ninguno era rentable, en SPD era donde invertían más tiempo y en el vascular, tiempo y dinero.

.En la farmacia establecida en Madrid indicaron preparaban SPD y cobraban 15 euros al mes, pero siempre el primer mes era gratis.. No

obstante manifestó que si el paciente, realmente, no podía pagar, se le facilitaba gratis.

Para ofrecernos más datos sobre costes y posible precio a cobrar en la farmacia indicaban como fuente un informe: “Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Cataluña. Elaboración propia con datos de *Farmacéuticos Comunitarios*”.

Su contenido: “relación de los principales servicios profesionales ofertados por la farmacia comunitaria, con una estimación de la inversión inicial, el tiempo medio empleado por paciente y el pago mínimo ideal para que dicho servicio sea rentable”.

Los conceptos tenidos en cuenta son: Servicio Profesional; Inversión Inicial; Tiempo; Pago mínimo para ser rentable.

Los servicios estudiados: SFT; SPD; Prueba rápida de VIH; Cribados de Diabetes, Cribados de Cáncer de Colón; Deshabituación Tabáquica; Programa de Metadona.

“-SFT, Inversión Inicial: 3.000 euros anual.

Tiempo: 7 horas paciente/año

Pago mínimo para ser rentable: 23 euros paciente/mes

-SPD, Inversión Inicial: 20 euros mes

Tiempo; 12’5 minutos a 60 minutos/mes

Pago mínimo para ser rentable; 20 euros a 35 euros mes/paciente

-Prueba rápida VIH, Inversión inicial: Habilitar zona farmacia

Tiempo: 30 a 45 minutos

Pago mínimo para ser rentable; de 20 a 30 euros

-Cribado Diabetes, Inversión inicial: variable, aparatos y test

Tiempo: 15 a 30 minutos

Pago mínimo para ser rentable: de 5 a 10 euros (si determina o no glucosa)

-Cribado Cáncer de Colon, Inversión inicial: Formación más Kit

Tiempo: 6 a 10 minutos

Pago mínimo para ser rentable: 6 a 10 euros

-Deshabitación Tabáquica, Inversión inicial: Cooximetro (no indispensable) 150 euros a 363 euros.

Tiempo: 30 a 45 minutos

Pago mínimo para ser rentable: 50 euros

Sin cooximetro

-Programa de Metadona, Inversión inicial: habilitar zona en farmacia

Tiempo: 10 minutos

Pago mínimo para ser rentable: 32 euros”.<sup>129</sup>

En 2019, *Correo Farmacéutico* informa de unas manifestaciones realizadas por Miguel Ángel Gastelurrutia bajo el epígrafe “El proyecto “conSigue” supone un ahorro de 273 euros por paciente y año”. Según manifiesta el ahorro estimado era:

. “Reducción de un 53% en los pacientes que acuden a urgencia, lo que se traduce en un ahorro estimado de 340 millones de euros.

. Reducción del 54.1% los problemas de salud no controlados, lo que supone un ahorro de 303 millones de euros en medicamentos.

. Reducción en más de un 59,8 %, los pacientes hospitalizados, lo que se traduce en ahorro estimado de 1.629 euros.”

En suma, se estaría hablando de un ahorro estimado en 2.272 millones de euros, a lo que habría que añadirle un beneficio asociado de 2.108 millones de euros por calidad de vida del paciente (AVAC).<sup>130</sup>

En el año 2019 se encuentra mucha información sobre adherencia, pero solo expondré dos trabajos que me parecieron muy claros y precisos, uno

---

<sup>129</sup> Cf. *Correo farmacéutico*. Sección Farmacia Asistencial. 2018 Artículo de opinión. Año XVII, Nº 768, febrero 2018: pags. 4-6

<sup>130</sup> Torrente Villacampa, Carmen. 2019. “El Proyecto “conSigue” supone un ahorro de 273 euros por paciente y año”. En *Correo Farmacéutico*. Sección Profesión. Farmacia Comunitaria. 23, abril, 2019..

fue el proyecto de investigación adherenciaMED; el otro proyecto de investigación era Dioscórides.

Sobre adherenciaMed fijamos la atención en un trabajo que ofrecía en 2018, la revista trimestral *Farmacéuticos Comunitarios*, bajo el título de “Proyecto “Adherencia MED”: impacto, diseño y evaluación de un servicio de adherencia terapéutica en la farmacia comunitaria”. Del trabajo recogí el Resumen, pues concentra la información más interesante y necesaria, proporcionada por sus autores:

Entrando en el contenido del Resumen, vemos como en la Introducción nos indican que la falta de adherencia era un problema común en pacientes con patologías crónicas, de origen multifactorial. Cualquier intervención debe orientarse a la causa específica, con un plan personalizado al paciente. También nos indica que es un proyecto de investigación impulsado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y las Universidades de Granada y Tecnológica de Sídney, y contaba con la colaboración de los laboratorios Cinfa. Nos indica que esperaban de ese proyecto “hacer más por involucrarse en la salud de los pacientes que acuden al mostrador”.

Sus Objetivos eran evaluar un Servicio Profesional Farmacéutico Asistencial (SPFA) enfocado al manejo de la adherencia terapéutica de pacientes en tratamiento farmacológico para hipertensión arterial (HTA), asma, o EPOC.

En cuanto al material y método dicen que:

El Diseño fue, un ensayo controlado aleatorizado por conglomerados.

El ámbito estuvo en farmacias comunitarias de 6 Colegios Oficiales de Farmacéuticos (La Coruña, Albacete, Ciudad Real, Guadalajara, Santa Cruz de Tenerife y Soria) durante 7 meses (octubre 2017-abril 2018).

La Población fueron pacientes en tratamiento farmacológico para HTA, asma y EPOC.

En cuanto a la Intervención, los pacientes del grupo intervención, recibieron actuaciones complejas, breves, farmacéutico-paciente, compuestas por evaluación de adherencia; identificación de causas o

barreras, propuesta de estrategias, evaluación de preparación para el cambio de comportamiento; y evaluación de resultados.

Los pacientes del grupo control recibieron la atención habitual.

Variables: control de problemas de salud, adherencia terapéutica y técnica de inhalación.

Las farmacias y farmacéuticos participantes contaron con un cuaderno de recogida de datos electrónicos (Nodofarma). Además, se incluyó la figura del FoCo.

Resultados: Participaron 98 farmacias (53 intervención, 45 control) y 1.191 pacientes (54% intervención y 46% control). El 42% de los pacientes tenía HTA, el 32% asma y el 25% EPOC. Al comienzo del estudio, la HTA controlada en el 53% de los casos. El asma en el 51% y la EPOC en el 59%. El 57% eran pacientes no adherentes a la medicación al inicio del estudio.

Según el tipo de no adherencia, 25,8% adherencia intencionada, y el 46%, no intencionada, y un 36,6% no adherencia combinada. Un 62,6% de los pacientes con EPOC mostró una técnica de inhalación incorrecta.

En las conclusiones señala que parecía una opción válida para el abordaje y manejo de adherencia terapéutica desde la farmacia comunitaria y los resultados presentaban concordancia con la literatura internacional.<sup>131</sup>

El *Coreo Farmacéutico*, en su publicación correspondiente al día 3 de abril se recogían las manifestaciones de Fernando Martínez Martínez, del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, que presentaba los resultados de adherenciaMED en una intervención que tituló: “AdherenciaMed, un servicio “joven” que mejora en cinco puntos la calidad de vida”. De esta exposición, solamente expongo lo que no apareció en el anterior trabajo comentado por nosotros.

Nos indica que se trató de un servicio coste-efectivo con un ratio coste-utilidad de 753 euros/AVAC, de manera que el beneficio neto era de 500

---

<sup>131</sup> Pérez-Escamilla, B; Aguilar Santamaría, J ; Valverde Merino, MI; et alts. 2018. “Proyecto “adherencia MED””: impacto, diseño y evaluación de un servicio de adherencia terapéutica en la farmacia comunitaria”. En *Farmacéuticos Comunitarios*. 10 (suplemento 1). 2018.

euros (por cada euro invertido se obtenía un beneficio de 38 euros) a la vez que había demostrado un 50% de incremento en pacientes adheridos en el grupo de intervención, frente al aumento del 20% de pacientes adherentes en el grupo de control, lo que suponía elevar un 30% este porcentaje.

Al incremento de un 30% el número de pacientes controlados en asma; un 22% en EPOC y un 13% en control de HTA, había que sumar casi cinco puntos de mejora en la calidad de vida de los pacientes de ese estudio. Todo ello, con un coste del servicio de 4,25 euros por paciente al mes en el grupo de intervención.

Indica que, no en vano, este servicio surgió por necesidad social, ya que la falta de adherencia suponía más de 11.000 millones de euros de gasto al Sistema Nacional de Salud (SNS) y unas 18.000 muertes asociadas.

También había producido un número significativo de pacientes que han empleado de manera correcta las técnicas de inhalación.<sup>132</sup>

De este proyecto, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos editó un libro semejante al realizado para el proyecto conSigue. El equipo de autores es muy numeroso, en primer lugar, figuran Victoria García Cárdenas (Universidad de Sidney) y Miguel A. Gastelurrutia Garralda (Universidad de Granada) el equipo completo lo constituyeron:

Universidad Tecnológica de Sidney, dos autores

Universidad de Granada, seis autores

Colegio Oficial de Farmacéuticos de Guipúzcoa, un autor

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, dos autores.

Igual que el elaborado para el proyecto conSigue, a lo largo de 176 páginas nos presenta completo todo el procedimiento y sus conclusiones, bajo el título: *Proyecto AdherenciaMed. Servicio de Adherencia Terapéutica*,

---

<sup>132</sup> Martínez Martínez, Fernando. 2018. “ “AdherenciaMED” un servicio “joven” que mejora en cinco puntos la calidad de vida”. En, *Correo Farmacéutico*. Sección profesional, 3 de abril de 2018. Año XVII Nº 776: pag.10.

Cf. [www.correofarmaceutico.com](http://www.correofarmaceutico.com) (consulta 09/07/2019)

*diseño, evolución, impacto e implantación de un Servicio profesional de Adherencia Terapéutica desde el ámbito de la Farmacia Comunitaria.*<sup>133</sup>

El segundo proyecto a comentar, es un ejemplo de esfuerzo y compromiso que nos daba el Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de la Comunidad Castellano- Leonesa (Concyl) con el proyecto Dioscórides, que pusieron en marcha el año 2015 para detectar incumplimientos terapéuticos y evaluar los beneficios para la salud realizados a través de los SPDs, y los ahorros al Sistema Sanitario. Era un proyecto dirigido a pacientes mayores, crónicos y polimedicados.

Este estudio interesaba mucho a mi investigación ya que bajo el proyecto Dioscórides, el Concyl centraba, precisamente, la eficacia o ineficacia del servicio de los sistemas personalizados de dosificación (SPD).

El Consejo de Colegios Profesionales de Farmacéuticos de Castilla y León (Concyl) presentó en el seno del IX Congreso Farmacéutico de Castilla y León, dos nuevas iniciativas sanitarias para dos nuevos servicios de salud que estaban iniciando su andadura en las oficinas de farmacia de la Comunidad, y que arrojaban los primeros resultados que se estaban abordando en el marco del debate “Investigación y servicios: un nuevo horizonte en farmacia comunitaria”.

En este foro presentaron los primeros datos de Dioscórides, este estudio evaluaba los beneficios para la salud, del seguimiento de los tratamientos, realizados a través de los sistemas personalizados de dosificación (SPD), y el ahorro al sistema sanitario que podía generar esta actuación; pensaban que la realización a los SPD permitiría al farmacéutico organizar la medicación del paciente por días y tomas, realizar un exhaustivo seguimiento farmacoterapéutico que mejoraría, indudablemente, la adherencia a los tratamientos.

Para acometer el estudio se habían seleccionado un total de 25 farmacias en toda la comunidad, según indicaban, siguiendo criterios de representatividad estadística: teniendo en cuenta factores

---

<sup>133</sup> García Cárdenas, Victoria; Gastelurrutia Garralda, M. Angel; et alts. 2019. *Proyecto AdherenciaMed. Servicio de Adherencia Terapéutica. Diseño, evolución, impacto e implantación de un Servicio Profesional de Adherencia Terapéutica desde el ámbito de la Farmacia Comunitaria*. Editorial: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid. 2019.



sociodemográficos (urbanas, rurales), factores vinculados a la población y criterios relacionados con el poder adquisitivo, entre otros factores.

Las farmacias participantes fueron las encargadas de seleccionar a los pacientes, que compusieron una muestra de 105 individuos que cumplían un perfil muy claro: igual o mayor de 65 años, que tenían 6 o más tratamientos crónicos con, al menos, un antidiabético y un medicamento antihipertensivo.

En la primera fase, iniciada en marzo (2015), se realizó un Test de adherencia a todos los pacientes incluidos en el programa, se evaluaron distintos indicadores de salud (presión arterial y glucemia en ayunas) y se registró una ficha farmacoterapéutica de cada uno de ellos con la relación de fármacos que estaban consumiendo. Desde entonces y durante 5 meses, las farmacias realizaron además un seguimiento exhaustivo de la medicación retirada por estos pacientes.

Con esta información, indicaban que Dioscórides, era el primer estudio de esas características emprendido en una Comunidad Autónoma. Manifestaban que ya tenían los primeros datos e indicaban que el 31% de los pacientes incluidos reconocía, ya de antemano, que no era adherente a los tratamientos que tenía pautados; este incumplimiento se reflejó en distintos indicadores. Por ejemplo, el 85 de los pacientes no tenía un buen control de la presión arterial pese a tomar medicación para la hipertensión, lo mismo ocurría con la glucemia en ayunas, un 65% no la controlaba pese a tenerlo indicado.

A partir de ese momento, nos participaba que las farmacias implicadas en el Dioscórides estaban ya en una segunda evaluación de los pacientes y vigilando la adherencia real.

Seguidamente consideraban las farmacias poder iniciar la comparación, pues ya habían empezado a entregar a los pacientes su medicación a través de los Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD) y cada paciente se llevaría la dosis exacta que necesitaba por día y por toma.

En los siguientes 5 meses, las oficinas de farmacia evaluarían los beneficios tanto de salud como en ahorro económico derivado de la utilización del SPD en pacientes crónicos polimedicados.



Al final de esta exposición indicaban “La razón de ser de este servicio, de hecho, es aprovechar la cercanía de las farmacias y la estrecha relación farmacéutico-paciente para controlar y mejorar la adherencia a los tratamientos.”<sup>134</sup>

Concluida la investigación la prensa profesional recogió los resultados. Así encontramos, en *(im) farmacias*, bajo el título “Las farmacias de Castilla y León presentan los resultados del estudio Dioscórides sobre cumplimiento de los tratamientos”.

Este trabajo, tras introducirnos en cómo surgió el Dioscórides pasa a darnos los detalles y datos ofrecidos por el vicepresidente de CONCYL.

Así indica que, en el empeño de detectar el incumplimiento terapéutico en los pacientes se partía de la base de que el 31% de pacientes reclutados, reconoció de antemano que no era adherente a los tratamientos que tenía pautados. El incumplimiento terapéutico, como ya queda indicado, se reflejó en distintos indicadores. El estudio evaluaba el beneficio para la salud del seguimiento de los tratamientos a través de los SPD y los ahorros al sistema sanitario que puede generar este servicio.

El vicepresidente del CONCYL se encargó de detallar, también, las principales conclusiones de Dioscórides:

- . Más del 50% de los pacientes no retiraban la medicación adecuada (por exceso o por defecto)
- . Los pacientes retiraban de media un 13% de medicación que no precisaban.

Con los SPD se había producido un ahorro de 15,2 euros por paciente y mes, cerca del 15% del coste medio de medicación paciente al mes, situándose en torno a los 104,9 euros / mes; y la mejoría supuso que los hipertensos al inicio del estudio un 56,1% no tenían controlado su nivel de presión arterial y tras recibir el SPD, suponía un 38,8% del conjunto. En el

---

<sup>134</sup> García Villarroel, Isabel. 2015. “Las farmacias de Castilla y León, presentan Dioscoride, un estudio científico para detectar incumplimientos farmacoterapéuticos”. En *El Norte de Castilla*. Tres de octubre de 2015.

Cf. internet <https://tevafarmacia.es>estudio-cientifico-dioscorides-castilla-leon> (Consultado, 2019)

caso de los diabéticos, se redujo en 15 puntos el número de pacientes con niveles elevados en el parámetro de glucemia basal.

También se observó que había más adherencia a los tratamientos por parte de las mujeres, y que ésta decrecía según se incrementaba el número de tratamientos.

Consideraban esta investigación muy positiva pues había aportado una serie de datos muy útiles:

Al inicio había 43,8 por ciento de pacientes que recogían más medicación de lo que necesitaban, y el 10% retiraba menos de lo que necesitaba. En cuanto a Problemas Relacionados con la Medicación (PRM) detectaron 2,7 PRM por paciente, y cuando llegaron a la fase de intervención comprobaron que mejoraba la adherencia, se reducían los pacientes con problemas de tensión arterial y un 15% tenían valores de glucemia adecuados.

Pensaban incluir este sistema de adherencia al sistema de adherencia que tenía el Servicio de Salud de la Comunidad (Sacyl).

Opinaban que ningún farmacéutico debe trabajar de forma gratuita, así que debería haber un pago por servicio; también indicaban que los pacientes no están muy dispuestos a pagar los servicios; recordaban como en otros países eran las compañías de seguros las que se hacían cargo del pago y por eso en España había que buscar una fórmula. Además, teníamos que procurar demostrar el impacto clínico que puede suponer cada servicio.<sup>135</sup>

El día 23 de octubre de 2018, *AULA de la FARMACIA*, presenta una entrevista concedida por Guillermo Bagaria, responsable de Atención Farmacéutica del Colegio de Farmacéuticos de Barcelona, centrada en el tema “Los farmacéuticos tenemos que demostrar con resultados lo que somos capaces de hacer”.

---

<sup>135</sup> Treceño, Carlos. 2017. “Una mejor adherencia terapéutica ahorraría el 15% del coste de de la medicación de un paciente crónico”. *(im)Farmacias*. 26.05, 2017.

Cf. Internet [https://www.\(im\)farmacias.es/noticia/12627/una-mejor-adherencia-terapeutiza-ahorraria-el-15-del-coste-de-la-me-htmail](https://www.(im)farmacias.es/noticia/12627/una-mejor-adherencia-terapeutiza-ahorraria-el-15-del-coste-de-la-me-htmail).

Como es tremendamente actual, reproduciré algunas cuestiones de su interesante contenido.

Tras la pregunta ¿Qué se entiende por Atención Farmacéutica, su respuesta es :

“la Atención Farmacéutica, en farmacia comunitaria es toda aquella actividad que realizamos en el mostrador para garantizar que se va a hacer un uso racional del medicamento, es decir, que va a ser seguro, eficaz y con la indicación que le corresponde. Esta es la función a la que nos debemos todos los farmacéuticos, por Deontología y profesión. En un término más amplio, también se refiere, tal y como lo establece la ley, a la adquisición, custodia, conservación y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios, así como a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, y aquí entran otro tipo de acciones como las pruebas de cribado”.

. ¿Cualquier actividad de salud que desarrolla una farmacia dirigida al público es un servicio profesional?

“El Consenso del Foro de Atención Farmacéutica del año 2015 define Servicio Profesional Farmacéutico (SPF) como aquella actividad sanitaria prestada desde la farmacia comunitaria por un farmacéutico que cumple sus competencias profesionales para la prevención de la enfermedad y la mejora de la salud de la población y de los destinatarios de los medicamentos y productos sanitarios, desempeñando un papel activo en la optimización del proceso de uso de los resultados de los tratamientos.

Dichas actividades alineadas con los objetivos generales del sistema sanitario, tienen entidad propia, con definición, fines, procedimiento, y sistema de documentación, que permite su evaluación y retribución, garantizando su universalidad, continuidad y sostenibilidad. Por tanto, para saber si lo que hago es un SPF hay fijados unos criterios.”

. Así, ¿puede decirse que el seguimiento de la tensión arterial es un servicio profesional?

“Si, pero no un SPF en base a la definición de Foro, para saber si lo es debe hacerse el test de la diez preguntas, seis de las cuales deben responderse afirmativamente y de las cuatro restantes al menos una debe ser afirmativa. Entre las primeras incluye: si se presta desde una oficina de farmacia, si es

competencia de un farmacéutico comunitario, si tiene un sistema de documentación que permite su evaluación y retribución o si cumple con las características de universalidad y sostenibilidad. Además, debe servir para prevenir la enfermedad o mejorar la salud de la población, o bien desempeñar un papel activo en la optimización del uso o resultado de los medicamentos. Si no cumple estos criterios no se trata de un SPF, sin ánimo de denostar ninguna iniciativa que surja de una farmacia para acompañar y aportar más valor y conocimiento y mejor indicación.”

. Entonces ¿el servicio de análisis dermatológico y asesoramiento dermocosmético, sería un servicio, pero no un SPF?

“Efectivamente porque entre otras cosas, no está directamente relacionado con la mejora de la salud. Además, es fundamental que cualquier farmacia pueda prestar el servicio, de modo que sea común a todas. Otro ejemplo es la medida de la tensión arterial. Todas las farmacias registran el indicador de un modo u otro, y es válido para hacer el seguimiento, pero actualmente no es un SPF porque no tienen un protocolo común consensuado y compartido por todas las farmacias.”

. ¿Quién debe ser el responsable del desarrollo de estos servicios?

“Cualquier entidad con la capacidad de concertación, consenso y representación del colectivo, como el Consejo de Colegios de Farmacéuticos de Cataluña, colegios profesionales o sociedades científicas. Esto es necesario, entre otros motivos, porque se busca la universalidad de este servicio, es decir, que no sea desarrollado por una única farmacia, por un grupo de ellas, sino que se pueda prestar a toda la sociedad.”

. ¿Hay un mapa que recoja los servicios concertados implantados en las farmacias de las diferentes comunidades autónomas?

“Lógicamente los colegios de farmacéuticos tenemos puntos de encuentro y foros, también mediante el Consejo General para compartir las actividades que realizamos. Pero es cierto que no existe una memoria o listado que recoja todos los servicios que se desarrollan en las comunidades autónomas, cuando sería muy útil compartir informes sobre lo implantado en otros lugares para poder replicarlo y que el colectivo avance de forma más homogénea; disponemos de 17 modelos, con diferentes inquietudes, y sería muy interesante que el Consejo General facilite ese flujo de información,

no sólo lo realizado en el entorno, para saber el mapa de servicios que se prestan en las comunidades autónomas. Insiste, que haya 17 modelos dificulta que los servicios se puedan replicar. No se trata de limitarse a copiar lo que se hace en un sitio, hay que hacer las propuestas con fundamento, con indicadores que permitan justificar ante la Administración el beneficio de la intervención. Es decir, demostrar con resultados lo que somos capaces de hacer.”

. ¿Qué servicios farmacéuticos concertados hay en Cataluña?

“En Cataluña tenemos servicio concertado con la Administración, que están retribuidos, como el programa de detección de cáncer de colon y recto, el test rápido de VIH y el de mantenimiento con metadona.”

. ¿Y el Sistema Personalizado de Dosificación?

“Se trata de un servicio de interés sanitario que presentan las farmacias de forma protocolizada, en base a una guía propuesta por el Consejo de Colegios de Farmacéuticos de Cataluña, pero no está concertado ni retribuido. Para que una farmacia esté acreditada para ofrecer este servicio hay requisitos como la formación, la superación de una evaluación y la firma de un compromiso de adhesión a este protocolo de actuación. Además hay un cuerpo de inspectores sanitarios del COFB que de manera bianual, visitan las farmacias para valorar que el servicio se presta según lo establecido”.

. ¿El SPD tiene asignado algún precio al que cobrarlo al paciente?

“Desde el Colegio no podemos establecer un criterio económico a la hora de ofrecer los servicios porque la ley nos lo impide, pero sí hacemos una valoración de costes, con estudios publicados y accesibles por parte de cualquier colegiado. La valoración de los costes de SPD, que incluyen el tiempo de elaboración, el material fungible utilizado o las entrevistas con el paciente, nos indican que la prestación de estos servicios tiene un coste de unos 20 euros al mes. La propia definición del SPF se refiere a que debe ser sostenible, y solo puede serlo si se cubren los costes. Por tanto, abogamos por que los servicios sean retribuidos, como mínimo, en la medida del coste que suponen.”

. ¿Qué opinión le merece que, a pesar de los beneficios de los servicios y su protocolización, la ley ponga límites a la hora de publicitarlos?

Indica que esto variaba en función de la comunidad autónoma, ellos lo permiten en redes sociales, medios de comunicación, exponiendo un cartel en la farmacia y mediante folletos.

. ¿Habría que flexibilizar la legislación para eliminar trabas al desarrollo de servicios?

“Hay que tener en cuenta que somos un establecimiento sanitario de interés público y una profesión regulada. Si bien es cierto que una flexibilización de la legislación nos permitiría hacer más cosas, el farmacéutico tiene una responsabilidad y un compromiso con la salud, y por tanto, los servicios deben tener un fundamento, una justificación, un objetivo y un encaje, aparte de estar sujetos a criterios científicos, profesionales y éticos. Sin embargo, esto es compatible con tener una mejor regulación y una mayor integración y colaboración de la farmacia en otros ámbitos.

. ¿Estáis satisfechos con la participación de las farmacias en los servicios u os gustaría que se sumaran más?

Él opina en Cataluña, pero a nivel general, se nos hace la eterna advertencia que nos atañe a todos, “el farmacéutico tiene que justificar su existencia”, el ofrecimiento de los servicios, “con la proximidad, accesibilidad y la disponibilidad del producto. Si nos basamos únicamente en esto, ya habrá otros actores dispuestos a hacerlo de manera más eficaz y económica”. Es buen síntoma (al menos a nosotros nos parece) que un farmacéutico, con un cargo importante en un Colegio Profesional, acepte que nuestros servicios “ya hay otros actores dispuestos a hacerlo de manera más eficaz y económica”, sin entrar a saco en disentir de su capacidad, si realmente no reaccionamos, tenemos, sobre todo de cinco años a esta parte, como se expresa el colectivo de enfermería.

. ¿Esto es compatible con la parte comercial?

“Si que es compatible con el retail. En el equilibrio entre la vertiente más comercial y el valor profesional es donde el farmacéutico debe jugar su partida y definir su modelo de negocio y de farmacia...”

. ¿Qué aspectos clave ha de tener en cuenta la farmacia a la hora de incorporar servicios?

Escuchar a su entorno, ver las necesidades de su comunidad, y valorar el coste, el personal y la formación necesaria. A partir de esto, hacer un plan de desarrollo y prever un escalado del servicio.

. ¿Cuál es la importancia de hacer una valoración económica?

Imprescindible evaluar lo que implica su desarrollo para ver si es asumible y pensar si el usuario lo percibe tan necesario como para justificar su precio.

. ¿Hay que cobrar por tomar la tensión?

Se debería fijar un importe. Al tomar muchas tensiones a lo largo del día, los aparatos están amortizados; se dedican unos 5 o 10 minutos en atender al usuario, al iniciar una charla distendida, permite establecer un vínculo humano que nos facilitará el conocimiento y “el seguimiento justifican el cobro del servicio, y ofrecerlo gratis pervierte el valor que tiene”.

La siguiente pregunta era sobre las Farmacias Centinela, la omitimos.

. ¿Cómo se está desarrollando el programa de seguimiento al paciente crónico complejo (PCAF)?

Cuenta que estaban implicados los equipos de Atención Primaria y había dos rondas con 277 farmacias participantes. Y estaba a punto de concluir.

. ¿Cuál es la mayor aportación del programa de cribado de colon y recto?

Con este programa habían conseguido la mayor participación de pacientes y farmacias, muy elevada, con resultados muy positivos en las pruebas.

Las siguientes preguntas son específicas de Cataluña. Preguntan que habiendo sido los primeros en implantar el programa de mantenimiento de metadona e intercambio de jeringuillas, cómo los valoraban; a lo que responde que están orgullosos de haber ayudado a un colectivo tan vulnerable (drogodependientes) a normalizar su vida con la consiguiente repercusión social.

También le preguntan por el programa de educación sanitaria a personas mayores. En su respuesta indica que Colegio dota a los farmacéuticos de información y recursos audiovisuales pues se lleva a cabo en los centros de



Atención Primaria. Este servicio está remunerado con 100 euros por sesión formativa.

Otro proyecto denominado Radares, interesa, consiste en detectar personas mayores de 75 años que viven solas en riesgo de aislamiento y exclusión.

. De cara al futuro, ¿qué servicios encuestados crees que pueden ser desarrollados?

“Nos gustaría que pudiese formar parte de nuestra cartera de servicios el seguimiento farmacoterapéutico de determinados grupos de medicamentos, como los antidiabéticos orales o los anticoagulantes, que el farmacéutico desplegara sus capacidades para detectar desajustes de las indicaciones con respecto a los escenarios de control facilitados por el médico. También me parece vital que desarrollemos la farmacogenética”:

La última pregunta era si el farmacéutico podía sentirse desbordado; cómo elegiría las propuestas a desarrollar. La respuesta fue sencilla. Teniendo en cuenta la capacidad del equipo y la demanda social, contando con la formación y acompañamiento de las entidades que mejor representen al colectivo.<sup>136</sup>

En octubre de 2018, el *Diario Oficial de la Generalidad Valenciana (DOGV)* publica, conforme a borrador, el Decreto 188/2018 de 19 de octubre por el que se regulaba la concertación de los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales y la acreditación de las oficinas de farmacia para su prestación.

Indican que el paso siguiente será desarrollar los protocolos a seguir y, una vez establecidos los protocolos la Administración comenzará a la acreditación de las farmacias que estaban recibiendo la certificación de su Colegio Oficial de Farmacéuticos; según aseguran en eso estaban trabajando todos los Colegios de la Comunidad Autónoma.

El secretario del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia, aseguró que este Decreto de Servicios de la Comunidad Valenciana, era “pionero”.

---

<sup>136</sup> Bagaria, Guillermo. 2018. “Los farmacéuticos tenemos que demostrar con resultados lo que somos capaces de hacer”. *Aula de la Farmacia*. Entrevista, 23 de octubre de 2018.

Cf, Internet [www.auladelafarmacia.com/articulo/noticias/farmaceuticos-tenemos-que-demostrar-resultados-somos-capaces-de-hacer/20181023130325002496.html](http://www.auladelafarmacia.com/articulo/noticias/farmaceuticos-tenemos-que-demostrar-resultados-somos-capaces-de-hacer/20181023130325002496.html) (consultado abril 2019)



Seguidamente, indican algunas partes de su contenido; así lo hacen con el artículo 2º que nos ofrece las definiciones:

- .1. Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA): el conjunto de actividades definidas dentro del Real Decreto Legislativo 1/2015 de 24 de julio que aprobaba el texto refundido de la Ley 29/2006 de 22 de julio.
- .2. Servicio profesional farmacéutico asistencial concertado.
- .3. Cartera de servicios profesionales asistenciales: conjunto de SPFA concertados.
- .4. Capacitación de la persona farmacéutica que ejerza en la farmacia y va a desarrollar un SPFA concertado.
- .5. Acreditación de la farmacia: reconocimiento de la Administración de la Generalidad de que la farmacia cumple los requisitos para facilitar los SPFA concertados.

En el Anexo 1, indican los criterios que deberá seguir el Grupo de Trabajo Técnico para dar más transparencia a la metodología utilizada para la concertación de un SPAF.<sup>137</sup>

Inmediatamente se suceden los recursos a este decreto cursados por Enfermería; el primero que conocemos nosotros tiene fecha de 3 de diciembre de 2018, el Sindicato CESIF recurre el Decreto que amplía las competencias de los farmacéuticos y el sindicato opina que es una privatización encubierta de servicios, permitiendo que ciertos recursos asistenciales se externalicen. El programa planteado, indican, ofrece una atención farmacéutica individualizada y a domicilio a las personas con algún grado de dependencia reconocida y que vivieran solas en casa a cargo de un cuidador no profesional.

Aseguraban suponía un deterioro de la Sanidad Pública al quitar competencias a profesionales de Atención Primaria, sobre todo de Enfermería.<sup>138</sup>

---

<sup>137</sup> Cf. *Diario Oficial de la Comunidad Valenciana (DOCV)* nº 8414/2018. Decreto 188/2018 de 10 de octubre por el que se regula la concertación de los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales y la acreditación de las oficinas de farmacia para su capacitación: pág. 4215 (consultado diciembre 2019)

<sup>138</sup> Cf. *Diario Levante-cmv.com/comunitat-valenciana/2018/12/03/recurso-decreto-sanidad-amplia-competencias/180485.html* (consultado diciembre 2019)

El día 29 de marzo de 2019, la publicación *Redacción Médica* encabezaba una información diciendo: “Enfermería recurre el decreto sobre conciertos con la farmacia comunitaria. La profesión farmacéutica no puede intervenir ni desarrollar funciones asistenciales con los pacientes.”

La Organización Colegial de Enfermería presentó un recurso contencioso administrativo contra el Decreto 188/2019 de 19 de octubre del Consell de la Generalitat Valenciana por el que se regula la concertación de los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales, en el que solicita se declare no ajustado a derecho y su nulidad de pleno derecho o anulabilidad. Continúa manifestando que los farmacéuticos comunitarios el ámbito de sus competencias “se limita a las actividades dirigidas a la producción, conservación y dispensación de los medicamentos, así como la colaboración en procesos analíticos, farmacoterapéuticos y de vigilancia de la salud pública”, causado tanto en la Comunidad Valenciana, en los Colegios de Enfermería de Alicante, Castellón y Valencia, como en el resto de España un profundo malestar que se puso de manifiesto en un reciente Consejo Interautonómico de Enfermería donde todos los participantes mostraron su rechazo al hecho de que los farmacéuticos desarrollen un modelo de la mal llamada “farmacia comunitaria asistencial” que reste competencia a los enfermeros.”

Otra razón por la que se pide la nulidad del Decreto impugnado, tiene que ver con la creación de servicios asistenciales y atribuir a los farmacéuticos el desempeño de funciones que contravienen lo establecido en la Ley de Cohesión y Calidad (LCC) y que invaden el campo competencial de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). Sostienen que vulnera los artículos 8 y 8 bis de la LCC.

Ante esto la Enfermería recalca que hay que tener en cuenta que la creación mediante Decreto de un servicio profesional farmacéutico va dirigido a mejorar los resultados en salud y los cuidados de las personas de ámbitos competenciales propios de los profesionales sanitarios médico y enfermera” y que tiene un carácter asistencial. Sigue explicando que la LCC articula estos servicios asistenciales en torno a las actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realiza en centros sanitarios o sociosanitarios de manera que ninguna de dichas actividades puede

---

Cf. <https://redaccionmedica.com/autonomias/valencia/enfermeria-recurre-el-decreto-sobre-conciertos-con-la-farmacia-comunitaria>. (consultado diciembre 2019)

llevarse a cabo en una oficina de farmacia; entienden también que el Decreto vulnera los artículos 6.2 y 7.2 de la LOPS al invadir competencias asistenciales de médicos y enfermeros,<sup>139</sup>

En enero de 2019 el *Diario Oficial de la Generalidad Valenciana* recogía una resolución de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública que restituye la posibilidad de que la farmacia participe en la atención farmacéutica a aquellas residencias de menos de 100 camas en orden a la modificación hecha por la Ley 27/ 2018 de 27 de diciembre promulgada para dar cobertura a ResiEQIFar.<sup>140</sup>

---

<sup>139</sup> Cf. <https://www.redaccionmedica.com/autonomias/valencia/enfermeria-recurre-el-decreto-sobre-conciertos-con-la-farmacia-comunitaria-6368> (consulta marzo 2019)

<sup>140</sup> Cf. Fran Rosa. 2019. Resolución de la conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, instrucciones para aplicar, sin modificación, los artículos que habían sido modificados. *Diariofarma*, 22,01,2019 (consulta marzo 2019)

Cf. [Diariofarma.com/2019/01/22/la-conselleria-valenciana-rectifica-y-rectifica-y-permite-que-farmaceuticos-dispensen-a-residencias-de-menos-de-100-camas](http://Diariofarma.com/2019/01/22/la-conselleria-valenciana-rectifica-y-rectifica-y-permite-que-farmaceuticos-dispensen-a-residencias-de-menos-de-100-camas) (consultado marzo 2019)

*7 OFICINA DE FARMACIA: ESTABLECIMIENTO SANITARIO  
Y EMPRESA.*

## **7 .OFICINA DE FARMACIA: ESTABLECIMIENTO SANITARIO Y EMPRESA.**

### **7. I. GESTIÓN DE LA EMPRESA, ESTABLECIMIENTO SANITARIO, DENOMINADA OFICINA DE FARMACIA**

La legislación define a la oficina de farmacia “establecimiento sanitario, de propiedad privada e interés público”. Por tanto, es una empresa.

En el año 2005, en la revista de *L'Acadèmia. Fundació Academia de Ciències Mèdiques y de la Salut de Catalunya y Balears*, se publica un trabajo titulado “Los servicio Farmacéuticos desde la perspectiva asistencial. Análisis de situación y líneas estratégicas”.

Las alusiones a legislaciones locales y, algunas investigaciones son catalanas, y es lógico por la disponibilidad que tendrían, los autores, de conseguir esa información.

El trabajo abarca 57 páginas que intentaré resumir de manera que no pierda su interés.

En la justificación se indica “La Atención Farmacéutica no es, ni se basa, única y exclusivamente en el uso de medicamentos; esta es una afirmación cierta y obvia. No obstante, una buena parte de los procesos asistenciales incorporan el medicamento como el instrumento mediante el cual se pretende conseguir determinados objetivos de salud. La frecuente utilización del recurso terapéutico farmacológico por parte de los servicios de salud es un principio básico fundamental que determina una buena parte de las características del mercado que rodea al medicamento.”

El impacto sanitario de los medicamentos (tanto positivo como negativo) puede ser elevado ya que es un factor de exposición poblacional muy

importante; aquí, este trabajo indica, “en Cataluña, a partir de los datos de la Escuela de Salud, se averiguó que más del 50% de la población había consumido algún medicamento en los últimos días.”

También indica que el sector asistencial farmacéutico formaba parte de estructuras asistenciales que intervienen en la atención sanitaria y no se puede entender su función aisladamente.

Cada tramo de la escala asistencial, indica este trabajo, tiene que plantearse qué puede y debe hacer en el proceso, cumplimentando funciones, aportando un valor añadido al global.

Los servicios farmacéuticos, también deben identificar qué funciones o actividades aportan un valor añadido a sus potenciales clientes y tendrán que definir su papel en función de sus posibilidades y en función de aquello que el resto de las estructuras pueden pedirle.

Opinan los autores de esta colaboración, que el resto de servicios de atención a la salud se encontraban también en proceso de cambio en cuanto a sus objetivos como a sus estructuras. Los servicios farmacéuticos no podían ser un sujeto pasivo en aquel proceso ya que, o construían su papel en los nuevos escenarios o alguien lo construiría.

En los “Objetivos”, nos damos cuenta que estamos ante un trabajo muy novedoso y muy necesario. Nos presenta la labor asistencial del farmacéutico desde el punto de vista de la gestión empresarial, ese farmacéutico empresario que debe tener una visión de gestión y una visión terapéutica.

Los autores presentaban en este trabajo los siguientes objetivos:

- . Identificar qué quieren ser los servicios farmacéuticos en el ámbito asistencial global.
- . Analizar por qué están, cómo son, y para qué están actualmente (2005).
- . Analizar el ámbito externo en que se desarrollan sus líneas de servicios y ver sus problemas y sus tendencias de cambio.
- . Identificar las potencialidades, riesgos y oportunidades de los servicios farmacéuticos en base al análisis interno y externo.
- . Proponer las líneas estratégicas de cambio que puedan acercarnos a la situación deseada.
- . Identificar propuestas concretas y objetivas a corto y largo plazo para el desarrollo de esas líneas estratégicas.

En la “Metodología”, manifiesta que se enfrentarán a una organización compleja para la cual se debe elaborar un “Plan Estratégico” que pretende prever el futuro de este ámbito para influir en él y adaptarse al mismo. El Plan Estratégico es un instrumento de “Gestión” cuya finalidad es disponer de un Plan, con capacidad para orientar las acciones que una organización ha de llevar a cabo: “Estrategias,” para conseguir una posición que le permita desarrollar con éxito las funciones que le son propias: “Misión”.

Planificar no es predecir o adivinar el futuro sino diseñar el futuro como a mí me convenga. El plan estratégico no es un fin en sí mismo, sino un instrumento. No es sólo un análisis centrado en la organización en sí, si no de la situación de la organización en el entorno. Una vez situada la organización en su ámbito, se debe generar instrumentos que permitan aprovechar sus propios recursos y enfocar las necesidades adicionales.

De un Plan Estratégico podemos esperar:

- a) Concentrar los esfuerzos de una organización en las líneas clave de la misma.
- b) Tener clara la misión, la visión, los valores, y la forma de convertirlos en realidad.
- c) Garantizar la concordancia entre la misión deseada y la concreción de ésta en objetivos operativos.
- d) Generar una identidad corporativa coherente.
- e) Contribuir a la madurez y la cultura de la organización.

Considerando los distintos ámbitos asistenciales, los farmacéuticos prestan sus servicios en los respectivos compartimentos específicos del sistema de salud.

El estudio que hagamos ha de permitir diseñar un enfoque estratégico para los servicios farmacéuticos en el ámbito asistencial mediante tres puntos:

1. Análisis de la situación ¿qué somos?
  - a) La Misión actual ¿para qué estamos?, ¿cuál es nuestra actual función?
  - b) El análisis DAFO (recordemos la asignatura de Licenciatura “Gestión y planificación empresarial farmacéutica”), Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades, que favorecen o se oponen a la transición entre lo que somos y lo que queremos ser.
2. Definición del escenario deseado ¿qué queremos ser?



- a) Redefinición de la “Visión” ¿Cuál es el papel que queremos desarrollar en el ámbito asistencial?

### 3. Planteamiento de la estrategia ¿cómo hacerlo?

- a) Propuestas de acción.

### 4) “Reinvención de la Misión”

Aquí para centrar la función del farmacéutico, hace la división en: Farmacia Hospitalaria, farmacéutico en Atención Primaria, y farmacia comunitaria.

Al hablar de la farmacia comunitaria indica su proximidad y por tanto accesibilidad para el paciente, pero, en general, no se aprovecha más que para la dispensación, con el consejo que siempre proporciona el farmacéutico, y poco más; pero indica “Estas características hacen que la oficina de farmacia tenga un contacto privilegiado con el paciente”.

Aunque las posibilidades de actuación de la oficina de farmacia con el paciente son grandes, el Sistema Público las utiliza, fundamentalmente para el proceso de dispensación. No obstante, algunas administraciones públicas, “como la catalana” estaban incorporando a su normativa y convenios de contratación con las oficinas de farmacia, funciones y actividades de fármaco-vigilancia y de protección de la salud, aunque en muchas ocasiones era de forma testimonial y no ligada a retribución económica.

Exponen que, evidentemente entre el medicamento y el paciente existen un conjunto de elementos y de agentes que también juegan e interaccionan: decisiones clínicas (médico), medicamentos disponibles (política sanitaria) y uso de medicamentos (paciente). Estos elementos tienen un papel en el circuito del medicamento que, para garantizar un resultado efectivo y eficiente individual o socialmente, se necesita conjunción entre ellos.

El uso eficiente y efectivo de estos elementos en las farmacias lo garantiza la Atención Farmacéutica (AF) constituida por una serie de pasos inexcusables:

- a) Incidir en la mejor decisión clínica (minimizar riesgos, maximizar efectividad y eficiencia).
- b) Incidir sobre la accesibilidad al producto relacionando: compra, distribución...
- c) Incidir sobre la calidad del producto disponible: conservación, selección.

- d) Incidir sobre la utilización por parte del paciente: cumplimiento, información, educación, ...
- e) Garantizar, junto con el médico, el mejor resultado posible de la terapia (monitorización del tratamiento).
- f) Evaluar el resultado de las terapias.
- g) Nos indica sobre la Atención Farmacéutica: “En el ámbito catalán este concepto integraría también la función de agente de la salud para la comunidad en la farmacia comunitaria.”

En el campo asistencial la “Visión” pasa fundamentalmente por evolucionar desde una responsabilidad basada en el producto (medicamento) a una responsabilidad centrada en el resultado final de la terapia sobre el paciente, por tanto se conceptualiza el medicamento como un medio para el objetivo de salud, finalmente, esta visión requiere un abordaje del uso del medicamento integrando todos los elementos relevantes en el resultado final. Desde el punto de vista profesional tenemos que ofrecer una participación muy activa en el proceso asistencial ya sea sobre la decisión clínica y/o sobre el paciente.

La población, con su cultura del medicamento, lo idealiza como fuente inagotable de beneficios y los demanda, pero no pide aquello que no está habituada a recibir, como son los servicios dirigidos a racionalizar y hacer más útil y positivo ese consumo, y podríamos actuar: sobre incumplimientos, sobreconsumo, falta de valoración de los riesgos y problemas relacionados con la medicación que son indicadores de un problema grave que, no obstante, la población no percibe como tal, ya que siempre lo hemos ofrecido sin hacer alarde ni exigencia alguna.

En este trabajo que estamos siguiendo nos indican que los tres agentes sociales que influían más negativamente en la imagen del farmacéutico eran: los medios de comunicación, las organizaciones de consumidores y la Administración Pública. (datos de 2005)

Una buena parte de estos impactos negativos son los que ocupa la visión de los servicios asistenciales farmacéuticos centrados en la Atención Farmacéutica. Los intereses del sector farmacéutico asistencial no se pueden desvincular de los intereses globales del sistema de salud, porque de una u otra forma, pensaban, tendríamos que acabar adaptándonos a los mismos.

En algún momento tenemos que hacer un “Análisis de Situación” que deberá ser externo e interno.

Sobre el análisis externo que debemos realizar los farmacéuticos de oficina de farmacia nos presentan:

- . Política farmacéutica, Contexto político
- . Mercado del medicamento y su público
- . Tendencias del mercado de los medicamentos. Estado Español.
- . Cultura del medicamento entre la población.

En el análisis interno estudiaremos:

- . Estructura y volumen del mercado.
- . Organización y comunicación interna
- . Relación con otros ámbitos asistenciales
- . Clientes actuales y potenciales
- . Marco legal y normativo
- . Formación y capacitación profesional
- . Servicios ofrecidos.

Sobre la relación, en general, entre las diferentes oficinas de farmacia opinan, que ha excepción de las que se tienen a través de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, la relación es competitiva.

Consideran destacable los grupos de trabajo organizados por los Colegios profesionales, y algunas sociedades científicas que ponían en comunicación a farmacéuticos de distintos ámbitos asistenciales consiguiendo integrar colectivos diversos en cuanto a intereses y objetivos. En este punto nos aclaran lo que entienden por integrar:

“Por integración entendemos la coordinación con otras estructuras para garantizar la continuidad y coherencia de la atención al paciente.

Por tanto, el objetivo de la integración o coordinación es el paciente.”

Insistiendo que el nivel de integración de la oficina de farmacia con otros niveles asistenciales era escaso. Sin ir más lejos nos indican que habitualmente el medio formal de comunicación entre el prescriptor y la oficina de farmacia es la receta, y el medio de comunicación entre la oficina de farmacia y el prescriptor es el enfermo.

La dificultad de la integración decía (en 2005), podía ser la desconfianza en la capacidad profesional, lo consideraban el punto más relevante y preocupante cuando esta desconfianza afectara a las posibles funciones

como agentes de salud y relacionadas con el medicamento. La falta de mecanismos de acreditación (origen de desconfianza) o autorregulación de la capacidad profesional y normativas centradas en nuevas líneas de servicios. También la falta de evaluación demostrativa de los resultados de aquellas intervenciones que se ofrecen como posibles y efectivas.

Otro problema eran las Corporaciones que estaban más defensivas del estatus que de dinamizar y adaptar.

En cuanto a la capacidad profesional del farmacéutico de la oficina de farmacia indican que, en general había una gran desconexión entre el ejercicio profesional y la formación universitaria; y sobre la oferta de formación continuada, no era tanto la falta de oferta en la formación continuada, sino que no estaba acreditada ni coordinada y ni se evaluaba ni se exigía (era 2005).

El desarrollo de una actividad integral e integrada, como es la atención farmacéutica, suponía (y supone) asumir funciones y responsabilidades en colaboración con el resto de profesiones asistenciales, demostrando que estamos preparados para ejercer las funciones planteadas.

Hablando de “Servicios”, tomando siempre como protagonista a Cataluña y su realidad, en el año 2005 nos expone eran:

El 90,9 % elaboraba fórmulas magistrales.

El 85% ofrecían controles de talla, peso y tensión arterial.

El 76 % ofrecían dispensación de herboristería.

El 75% dispensación de productos homeopáticos.

El 60 %, preparados oficinales

El 47%, actos clínicos menores (curas, etc.)

El 43 %, servicios dietéticos.

El 41%, seguimiento de pacientes crónicos.

El 37 %, fármaco-vigilancia.

El 27% ortopedia.

El 26%, control a demanda de glucosa.

El 22%, seguimiento de calendario de vacunas

El 21 %, servicio a demanda control de colesterol sérico y análisis clínicos en general.

Seguidamente, de la mano de este trabajo que comentamos, nos adentramos en el capítulo de los puntos “fuertes”, “débiles”, “amenazas”, y “oportunidades” en la farmacia comunitaria, presentando un pequeño resumen de algunos.

“Fortalezas”. Entre los puntos fuertes vamos a considerar:

- . La accesibilidad y proximidad de sus servicios al paciente.
- . La exclusividad normativa que integra la responsabilidad y la titularidad de la oficina de farmacia.
- . En muchos casos (clientes fijos) el farmacéutico de oficina dispone de un historial farmacológico del paciente más completo que el de otros espacios asistenciales, ya que conoce las prescripciones generadas en los distintos entornos (atención primaria, especialistas, medicina privada) y la automedicación.
- . La titularidad privada de este servicio supone una situación más flexible y con mayor capacidad de adaptación al entorno.
- . La existencia de instrumentos y metodología para desarrollar funciones de atención farmacéutica.
- . Puede disponer de recursos económicos y humanos para garantizar el desarrollo de otro tipo de servicios.

“Debilidades”. La selección de puntos débiles consiste en considerar:

- . La escasa comunicación entre las propias oficinas de farmacia y en el ámbito clínico.
- . La libertad de elección de farmacia y la inexistencia de tener acceso al historial fármaco-terapéutico del paciente, complica la continuidad o integridad en la atención farmacéutica.
- . El sistema retributivo ligado a la dispensación, genera pocos incentivos para desarrollar otras funciones.

- . Existen pocos mecanismos que garanticen una práctica homogénea, y una acreditación profesional casi inexistente.
- . Poca evidencia del impacto y resultado (posibles beneficios) en algunas intervenciones de atención farmacéutica sobre el paciente.
- . Si bien el concepto “atención farmacéutica” se consideraba medianamente conocido entre el colectivo farmacéutico, el resto de profesionales, e incluso los pacientes, se pensaba desconocían el contenido conceptual del término y las funciones que podía incluir.

En el territorio de las “Amenazas” en el desarrollo de los servicios de atención farmacéutica comunitaria eran:

- . El entorno económico relacionado, sobre todo en el terreno de lo público, fundamentalmente en la dispensación, pero también indican que un ámbito económico restringido, puede suponer una oportunidad para el desarrollo de servicios diferentes o complementarios de la dispensación, para plantear cambios en los sistemas retributivos que fuesen más coherentes con el papel que quisiéramos jugar.
- . La desregulación podría ser una amenaza a tener en cuenta.
- . En su opinión, posiblemente la principal amenaza para la oficina de farmacia, era justamente su falta de respuesta a los problemas identificados. Consideraban que, si la oficina de farmacia no aportaba respuestas o soluciones a esos problemas, otros lo harían desde fuera, ya que el volumen de negocio lo consideraban importante. Por tanto, desde su punto de vista la principal amenaza era nuestra propia imposibilidad de desarrollar actividades y servicios relacionados con la atención farmacéutica que respondieran a las necesidades del sistema, del resto de proveedores asistenciales y del paciente.

Al considerar las “Oportunidades”, comprobamos que aprovecharlas no estaba exento de riesgo y desembolso económico.

- . Consideraron una oportunidad la posición de fuerza tanto normativa como estructural, el problema era que esta situación podía hacer que el colectivo profesional confundiese oportunidades con amenazas y no supiera

aprovecharlas, podría considerar como un elemento de amenaza (desde el punto de vista económico) para la oficina de farmacia y sus servicios clásicos; si se maneja de forma inteligente, ofreciendo servicios útiles al sistema, puede ser un apoyo importante al desarrollo de actividades de atención farmacéutica. No se trata de perder actuación profesional, sino de cambiar la forma en que esta se produce.

. La garantía de calidad post-comercialización no es un problema de gran magnitud, pero supone también una oportunidad de intervención, como la fármaco-vigilancia.

. Los problemas identificados con la ineffectividad e ineficiencia en la utilización de fármacos, es otro aspecto que refuerza el desarrollo de actividades de atención farmacéutica.

. En este sentido consideran un error esperar a que vengan a buscarnos; las oficinas de farmacia, piensan los autores del trabajo, debían generar la dinámica y la demanda de una nueva manera de hacer y de integrarse en el proceso asistencial. La situación ofrecía muchas oportunidades para hacerlo y para dar una nueva orientación a estos servicios.

Desde el punto de vista manifestado en este artículo, la peor amenaza, era el hecho de no cambiar su orientación las oficinas de farmacia hacia la atención farmacéutica, ya que su necesidad era obvia. La oficina de farmacia tendría que adelantarse a la demanda, aún no expresada totalmente, mediante su explicitación y la demostración de su capacidad. En este trabajo figuran 8 autores y el agradecimiento de estos a 3 personas más por sus “valiosas aportaciones”.<sup>141</sup>

## **7. 2. GESTIÓN DE LA CALIDAD. NORMAS ISO DE CALIDAD EN OFICINA DE FARMACIA**

---

<sup>141</sup> Ortún,V. Et Alts. “Los servicios farmacéuticos desde la perspectiva asistencial. Analisis de situación y líneas estratégicas”. 2005. En *Revista L'Academia*. Edita. Fundación Acadenia de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña y Baleares. 2005.

Cf.Internet <https://www.acmcba.es/societat/farmacl/doccas/ ATENFAR/atenfarcas.htm>. (consulta marzo 2017)



Continuando con este enfoque empresarial de la oficina de farmacia que hemos adoptado comentando la publicación precedente, nos adentraremos ahora en esa empresa, denominada oficina de farmacia, que debe garantizar la atención farmacéutica que ofrece, pues está realizada en un establecimiento que practica la calidad establecida en unas Normas de Calidad que no son obligatorias pero sí garantistas; nos estamos refiriendo a la calidad en la oficina de farmacia según indican las Normas ISO – 9001/2000; es algo que no da escaparaté pero el farmacéutico, que su razón de ser es la responsabilidad, cuando opta por el ejercicio profesional en oficina de farmacia (farmacia comunitaria) de la que es “titular propietario” sabe que se compromete a exigirse a él mismo la “excelencia” como profesional de la salud y la “excelencia” como empresario.

Desde la década de los 90 del siglo XX, la gestión de la calidad en los procesos operativos y de gestión de las organizaciones ocupa uno de los principales puntos de atención por parte de sus órganos directivos, en las empresas.

En la versión online de la revista *Farmacia Profesional* (publicación ELSERVIER) se ofrecían tres trabajos de Salvador Fontelará Vilà, bajo el título “La calidad en la Oficina de Farmacia. Normas ISO-9001-2000”.

El primer trabajo aparece en el Vol. 14, nº 11, año 2000. El segundo trabajo se publicó en el Vol. 15, nº 2, año 2001; y el tercer trabajo publicado en el Vol. 15, nº 4, abril 2001.

La norma ISO, cuyo contenido abarca ocho capítulos, nos los ofrece fraccionados; en los dos primeros trabajos nos comenta los cinco primeros capítulos, y en el tercero analiza los capítulos 6, 7 y 8 y su interés para la oficina de farmacia.

El capítulo 6 “de la Norma” trata de la gestión de recursos, y el autor nos ofrece la necesidad de determinar y proporcionar los recursos precisos para la organización de nuestra oficina de farmacia. Tenemos que implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar constantemente su eficacia, aquí nos indica cómo debemos contemplar los recursos humanos de la oficina de farmacia prestando atención a la educación, formación, consecución de habilidades a fin de asegurar la competencia adecuada para que puedan prestar su servicio con garantía de calidad; estos profesionales deberán intentar conseguir el mayor grado de profesionalidad adaptándose



a las últimas técnicas y conocimientos existentes aplicables; tanto farmacéuticos, como técnicos en farmacia, mantendrán una formación permanente que garantice la prestación de un servicio de calidad.

En este punto, también nos indica debemos tener en cuenta los recursos necesarios en infraestructuras y deberemos analizar, al correr el tiempo, las nuevas necesidades, y cubrirlas.

Igualmente nos hace caer en la cuenta de la importancia que tiene crear un ambiente de trabajo que pueda influir positivamente en la motivación satisfactoria que propicie la mejora continua en el cumplimiento del servicio prestado.

En el comentario del capítulo 7, nos describe las actividades a tener en cuenta para la prestación del servicio, debemos planificar desde las actividades a los procesos relacionados con los clientes, controlando la prestación del servicio; los equipos de seguridad y medición, todo esto lo tendremos en cuenta en la operativa diaria de la farmacia y describiremos los registros necesarios para establecer y documentar el control de estos procesos.

Evaluaremos y efectuaremos un seguimiento a los proveedores en función de su capacidad, de acuerdo a los requisitos y necesidades de la oficina de farmacia.

El autor de este trabajo nos va describiendo en cada subcapítulo de la Norma, los distintos aspectos que deben considerarse para tener “bajo control” los procesos esenciales.

Estos datos que indicamos pertenecen a los subcapítulos titulados:

- . Planificación
- . Captación de información
- . Gestión de compras
- . Identificación de productos y servicios
- . Equipos de medición

Para los dispositivos de registro y medición como balanzas, termómetros, tensiómetros, el control incluye su calibrado o verificación a intervalos apropiados, teniendo como referencia patrones de medición trazables a patrones nacionales o internacionales; estas mediciones internas, se puede externalizar a empresas debidamente cualificadas.

El capítulo 8, lleva por título: Medición, Análisis y Mejora. En él se nos indica que, como resultado de la recogida de toda la información generada

y de su análisis posterior, seguramente nos aparecerá la necesidad de asumir acciones correctivas y preventivas para sistematizar y potenciar la mejora continua del sistema y de toda la organización.

Este capítulo nos presenta las auditorías internas e indica que el personal que las efectúe debe ser independiente de las áreas auditadas, y debidamente cualificado para su realización, pero también pueden subcontratarse.

Finalizaba su exposición indicando ha pretendido ayudar para una adecuada organización de la oficina de farmacia y para el uso correcto de las herramientas disponibles, sugiriendo que si no se estaba adoptando las medidas que indicaba en sus tres exposiciones, era el momento de iniciar el camino de mejora continuada, mediante la adecuada organización e implantación de la Norma UNE-EN-ISO- 9001/2000.<sup>142</sup>

En 1945 el CSIC (Centro Superior de Investigaciones Científicas) creó el Instituto de Racionalización y Normalización (IRANOR) que editó las primeras normas, a partir de 1986, los estudios de Normalización y Certificación, recae en España en la entidad privada AENOR (Asociación Española de Normalización)

La oficina de farmacia no podía permanecer ajena al reto del nuevo entorno. En esta línea el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, había aprobado en 1995 las Normas de Buena Práctica, en el marco establecido por la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) y la Agrupación Farmacéutica de la Unión Europea.

Las recomendaciones incluidas en estas normas ayudaron, en su momento a la nueva orientación de la práctica en oficina de farmacia, con un mayor grado de especialización en atención al paciente/usuario por satisfacer sus necesidades de salud.

En este sentido ya se había concienciado una generación de farmacéuticos de oficina de farmacia de la necesidad de adoptarlo en su farmacia.

---

<sup>142</sup> Fontela Vilá, Salvador. 2000-2001. “La calidad en la oficina de Farmacia. Normas ISO-19001-2002”. En *Farmacia Profesional*. Vol. 14, Nº 11, Año 2000; Vol. 15, Nº 2, Año 2001; Vol. 15, Nº 4. Año 2001. El Servier.

Cf. <https://elservier.es/es-farmacia-profesional-3-articulo-la-calidad-oficina-farmacia-y-12003977>

Queriendo dotar a sus colegiados de un Certificado de Calidad para las farmacias, en el año 2003, el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid suscribió un Convenio de Colaboración con la empresa pública “Madrid Excelente”, que permitiría certificar las prácticas de calidad en las oficinas de farmacia, laboratorios de análisis clínicos, ortopedias y otros establecimientos dirigidos por farmacéuticos. Así con el objetivo de impulsar la cultura de la calidad de los servicios farmacéuticos, las oficinas de farmacia madrileñas podían conseguir la marca de Calidad del Colegio y la certificación de Madrid Excelente. Este convenio se enmarcó en el llamado *Plan CALYFA (Calidad y Farmacia)* que implicaba una revisión previa de los niveles de calidad en las oficinas de farmacia de la Comunidad de Madrid<sup>143</sup>

En el número 1 de la revista denominada *AULA farmacéutica*, correspondiente a enero de 2004 en su sección Gestión de Calidad, perteneciente al apartado “ Formación Continuada”, encontramos un trabajo titulado “Introducción a la Calidad”; se inicia la exposición con una interesante discusión sobre el concepto “calidad” para, finalmente decirnos que para el diseño del sistema de calidad aplicable a la oficina de farmacia, adoptarían la definición tomada de la norma UNE EN ISO (9000-2000); “Calidad: Grado en que se satisfacen los requisitos establecidos y los implícitos de nuestros clientes y de la sociedad que atendemos”. Nos indican que para poder satisfacer los requisitos que guíen nuestra actividad debemos entender tanto al receptor (cliente) como al que proporciona los servicios (nosotros, la oficina de farmacia), esos requisitos, tanto los establecidos como los implícitos deberán estar en la misma sintonía, esto es, lo que podemos y debemos ofrecer y lo que el cliente necesita y nos demanda.

Como en todo lo que sea novedoso hay confusiones, en este trabajo nos intentarán aclarar algunas ideas y definiciones, por eso nos decían que hacía no demasiado tiempo, era corriente que las palabras “calidad de los productos” y “control de calidad” habían tenido el mismo significado y por eso ellos nos indicaban que se podía considerar “Control de la calidad” a las “técnicas y actividades de carácter operativo utilizadas para cumplir los

---

<sup>143</sup>Cf. *M S Pharma*: COFM, calidad ISO 9001. Medio ambiente ISO 14001. Norma sectorial CALIFA.

Cf. [www.cofm.es/servicios/opcionales](http://www.cofm.es/servicios/opcionales).

requisitos de la calidad” y nos lo acompañaban con un ejemplo: “Estamos haciendo control de la calidad cuando verificamos que las fórmulas magistrales elaboradas en el laboratorio tienen todas el peso previsto (con la tolerancia admitida). También hacemos control de la calidad cuando verificamos que la caducidad de los medicamentos es la adecuada antes de ingresarlos al almacén”.

Una novedad se produjo cuando en EEUU apareció el concepto “Aseguramiento de la calidad”; nos explican que en un principio se aplicó a sectores “espacial y nuclear”, más tarde con el éxito de las normas ISO 9000 se extendió a otros sectores ofreciendo una nueva forma de relación cliente/suministrador basada en la confianza del cliente. Este concepto, también se conoció como “Garantía de la calidad” y consideran se iniciaba con el Control de la calidad, que consistía en planificar las actividades, ejecutar lo planificado, documentar las actividades y resultados, y conservar la trazabilidad; en definitiva dábamos a los clientes confianza en la obtención de la calidad; formaba parte de estas tareas: corregir sus desviaciones ( acciones correctivas) ,verificar por medio de auditoría la adecuación del sistema; posteriormente había surgido el concepto “Gestión de la calidad” que consideraban lo componían las actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad, el primer paso para la implantación del sistema era definir y establecer la organización a nivel de funciones que nos hagan posible la ejecución de las Actividades Farmacéuticas y esto es función de la Dirección (generalmente el farmacéutico titular).

También este trabajo nos aporta sus propias definiciones:

- Cliente: usuario de los servicios de la oficina de farmacia
- Aseguramiento de la calidad: parte de la gestión de la calidad orientada a proporcionar confianza en que se cumplirán los requisitos de calidad
- Gestión de la calidad: actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad
- Calidad: grado en el que se satisfacen los requisitos establecidos y los implícitos de nuestros clientes. El término calidad puede ser cuantificable y utilizarse con adjetivos tales como buena-mala
- Control de calidad: parte de la gestión de la calidad orientada al cumplimiento de los requisitos de la calidad.
- Registro: documento en el que se evidencia la realización de actividades y resultados obtenidos

- Sistema de Gestión de Calidad: sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad

Al ser un curso de formación, facilitan los modelos de todos los documentos que esta función genera y, en todos los temas que componían el contenido de esta formación continuada había un test de autoevaluación; consistía en una serie de preguntas a las que se proponían cuatro respuestas, la solución venía en una de las páginas finales remitiéndote a ella para la autoevaluación.<sup>144</sup>

De nuevo el año 2006, el Colegio Oficial de Farmacéuticos, presidido por Alberto García Romero, enviaba a sus colegiados un escrito, que posteriormente tuvo más difusión, indicando que si bien la calidad en la oficina de farmacia no era una novedad pues, de forma tradicional, los farmacéuticos habían proporcionado servicios y productos de calidad dando respuesta a las demandas de la sociedad, de las autoridades y del mundo sanitario. Continuaba, destacando que la responsabilidad personal (ética y moral) y la responsabilidad profesional asumida por los farmacéuticos habían hecho de la calidad y la seguridad una realidad en su día a día.

Según él, las exigencias de la sociedad de aquel momento obligaban a que el concepto de calidad fuese de “Calidad Total”, es decir, la mejora continua de productos y servicios, así como de la organización con participación de las personas que la integraban. Aseguraba que la sociedad había pasado de buscar la calidad a exigir calidad, esperar calidad.

Haciéndonos pensar como empresarios decía: “el paciente y usuario ha adquirido una conciencia clara de cómo debe ser tratado y atendido y de que las organizaciones que están a su servicio deben de mejorar sus prestaciones de forma constante. En definitiva, el paciente es también un cliente”.

Así justifica que con ese motivo, en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid se había establecido como política prioritaria la necesidad de introducir procesos de gestión de calidad que permitieran demostrar la realización de un servicio de calidad y con probada eficiencia, con el

---

<sup>144</sup> Rubio Cerezo, Luis Fernando. 2004. “Introducción a la calidad”. En *AULA Farmacéutica*. Vol.1, nº 1. Enero 2004:pag,79-87.

objetivo de que trabajando por la Calidad, se iniciaba una nueva vía hacia la Excelencia, clave en la gestión de los próximos años.

Siguiendo esta idea, nos indicaba que el Colegio de Madrid, el año 2006, había obtenido la certificación de todos los servicios colegiales según la normativa UNE EN ISO 9001:2000, no limitándose a requisitos normativos y legales, además estableciendo la Política de la Calidad del Colegio, la definición de prioridades y objetivos en materia de calidad, de gestión y control eficaz de los procesos para mejora y funcionamiento interno de los servicios, incluir como oportunidades de mejora aquellas propuestas razonables y de interés general expresadas por los profesionales especializados, las propuestas de los Colegios profesionales, así como la adecuación de las instalaciones y recursos a requerimientos de los mismos.

Tras esto, indicaba que ese cambio social que se estaba experimentando traía la necesidad de implantar sistemas de la gestión de calidad en la oficina de farmacia, así se gestionó el primer modelo que comenzó a implantarse que fue el ISO 9000. Para que su adaptación a la oficina de farmacia fuese más eficiente, el Colegio de Madrid desarrolló una norma sectorial propia CALYFA ( Calidad y Farmacia) que era un sistema de calidad que, a su criterio, constituía un servicio farmacéutico de calidad que se inscribía en un proyecto de implantación que incluyera el diagnóstico de la calidad de la oficina de farmacia, un completo programa formativo, la realización de una auditoría interna y la certificación y concesión de la marca CALYFA por AENOR.

Esta certificación de gestión de la calidad en las oficinas de farmacia de Madrid suponía la verificación de que se tenían implantados sistemas de mejora relacionados con: la calidad y seguridad del servicio farmacéutico integral, el cumplimiento estricto de la legislación, la mejora continua mediante objetivos e indicadores, la formación de todo el personal, la gestión adecuada de los residuos y la responsabilidad social corporativa.<sup>145</sup>

En el año 2008, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos preparo una información encabezada *Plan Integral de Calidad del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Calidad en la Oficina de*

---

<sup>145</sup> García Romero, Alberto. 2006. "Calidad en la oficina de farmacia". Colegio Oficial de Farmacéuticos Madrid. 2006.

Cf. <https://elsevier.es/es-revista-offarm-4-Articulo-alberto-garcía-romero>. (consultado 2017)

*Farmacia*, realizado por Pedro Capilla y los integrantes de su equipo; lo habían presentado en el XXVI Congreso Nacional, celebrado en Badajoz, 2008.

Estructurado en cuatro bloques: Introducción; Objetivos; Líneas de actuación del Consejo General; Implantación Progresiva y Certificaciones.

En él nos indicaban que una de las apuestas profesionales de la Organización Farmacéutica Colegial era la implantación de Sistemas de Gestión de Calidad (SGC) que habían materializado con la puesta en marcha del Plan Integral de Calidad del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; a través de la Vocalía Nacional de Oficinas de Farmacia habían trabajado con el fin de ofrecer a los farmacéuticos la posibilidad de implantare un SGC en la oficina de farmacia, basado en el cumplimiento de una Norma de calidad específica del colectivo farmacéutico.

Establecían unos parámetros básicos que permitieran a los farmacéuticos mejorar en sus farmacias la organización para gestionar y proporcionar unos servicios farmacéuticos de calidad, que asegurasen una atención farmacéutica de calidad entre los usuarios de su oficina de farmacia.

Habían procedido a registrar una “Norma de Calidad para la Oficina de Farmacia” basada en la normativa UNE-EN-ISO 9001:2000, y en normativas y legislación estatal y autonómica en materia farmacéutica.

Así mismo habían registrado la marca “Calidad en Farmacia” del Consejo General que sería el indicador externo de que esa oficina de farmacia había alcanzado los objetivos.

Hacía partícipes a los farmacéuticos de que habían elaborado una documentación que complementaba a la Norma de implantación del SGC que contenía:

- . Un Manual de Calidad que definía de qué forma concreta se aplicaría la Norma de Calidad para Oficina de Farmacia.
- . Ocho procedimientos generales que estructuraban la sistemática necesaria que debería llevarse a cabo para la correcta implantación del SGC.
- . Quince procedimientos operativos que describían los procesos característicos de la actividad farmacéutica realizada en una oficina de farmacia.



- . Cuatro Instrucciones Técnicas que constaban de todo tipo de documentación técnica en la que se describían, de forma específica y ordenada, las pautas para realizar una determinada actividad o tarea.
- . Registros que dejaran constancia de cómo se habían realizado las funciones definidas en los procedimientos e instrucciones.

Tras esta información, indicaban que habían elaborado una serie de documentos externos a la documentación exigida para la consecución del sello de calidad del Consejo General, agrupados bajo la denominación de Documentos de Referencia, que constituirían un soporte para el sistema de calidad propiamente dicho. Su fin era consolidarlos como texto de referencia para una correcta aplicación de los procedimientos llevados a cabo en una oficina de farmacia.

También incluían otro apartado que titulaban: Implantación Progresiva y Certificación; en él indicaban que la oficina de farmacia podía aplicar y adoptar el sistema documental ofrecido con la ayuda o no de empresas consultoras.

Los farmacéuticos que adoptasen esos requisitos, mediante la aplicación de la documentación del soporte del SGC, podrían optar posteriormente a la certificación por parte del Consejo General y obtener la marca “Calidad en Farmacia” al garantizarse que realmente cumplían con las exigencias de la “Norma de Calidad para la Oficina de Farmacia”. Además, indicaban, se establecería un Plan de Homologación, a fin de gestionar las convalidaciones para obtener la marca “Calidad en Farmacia” para aquellas oficinas de farmacia acreditadas anteriormente bajo otros sistemas.<sup>146</sup>

Por fin el Consejo edita el compendio de actuaciones para que las farmacias obtuvieran la acreditación. La portada del folleto indicaba:

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

*Norma de Calidad para Oficina de Farmacia.*

Logotipo, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

Octubre 2008

Versión 1.0

En él encontraremos, a lo largo de 18 páginas, el contenido que nos habían resumido en el folleto anterior.

<sup>146</sup> Cf. [https:// www.portalfarma.com>jornadasycongresos>informacion>Documents](https://www.portalfarma.com/jornadasycongresos/informacion/Documents).



En la Introducción nos indican que una de las premisas que habían tenido en cuenta para elaborar esta Norma de Calidad era ajustarse al modelo internacional de calidad, de probada solvencia según indican, como era la Norma UNE-EN ISO 9001 y la Norma UNE-EN ISO 66928: 2004 EX cuyos requisitos habían adaptado para dar respuesta a las necesidades de gestión de una oficina de farmacia.

Seguidamente pasan a exponer sus objetivos y campo de aplicación para, a renglón seguido, ofrecernos “Definiciones” que indicaremos por orden de exposición omitiendo las que son reiterativas pues las encontramos siempre:

- . Atención Farmacéutica.
- . Procesos: conjunto de actividades, mutuamente relacionadas o que interactúan, y que transforman de entrada en resultados.
- . Producto cosmético.
- . Producto de higiene personal.
- . Producto de parafarmacia, que tras la definición nos aclara que productos comprende:
  - “Cosméticos y productos de higiene personal.
  - Alimentos.
  - Productos sanitarios y ayudas técnicas de diagnóstico *in vitro*
  - Artículos de puericultura.
  - Desinfectantes y biocidas para la higiene humana: acaricidas, repelentes y atrayentes para la higiene humana.
  - Otros productos puestos a disposición de los consumidores.”
- . Productos sanitarios. Definición: cualquier instrumento, dispositivo, equipo, material u otro artículo utilizado sólo o en combinación, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento destinado a ser empleado en seres humanos. Indicación de los que se consideraban así:
  - “Diagnóstico, prevención, tratamiento o alivio de una enfermedad.
  - Diagnóstico, control, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia.
  - Investigación, sustitución o modificación de la anatomía de un proceso fisiológico.
  - Regulación de la concepción.”

- . Reacción adversa.
- . Receta médica.
- . Registro: documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
- . Resultados negativos asociados a la medicación (RNM).
- . Seguimiento fármaco-terapéutico. Objetivo detectar problemas relacionados con medicamentos (PRM), prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM)
- . Sistema de Gestión de Calidad: sistema de organización para dirigir y controlar la actividad que se desarrolla en la oficina de farmacia con respecto a la calidad.
- . Trastorno menor: conjunto de signos y síntomas que se manifiestan a un mismo tiempo en un paciente/usuario y que definen clínicamente un estado determinado de pérdida de la salud sin que afecten de forma grave al paciente/usuario.

En el punto cuarto del folleto se aborda ya plenamente el Sistema de Gestión de Calidad en la Oficina de Farmacia. La indicación primera afecta a los requisitos generales: “La oficina de farmacia debe mantener un Sistema de Gestión de la Calidad basado en la mejora continua del mismo. Para ello, es necesario que se identifiquen los procesos farmacéuticos, su secuencia e interrelaciones”.

El documento que elaborase la oficina de farmacia debería ser un Manual de Calidad que describiera la Norma de referencia, el Sistema de Gestión de Calidad establecido, incluiría Política y Objetivos de Calidad. Todo el personal de la oficina de farmacia debía tener acceso asegurado a la documentación del sistema que se fuese a aplicar.

El apartado número cinco correspondía a la Responsabilidad del Farmacéutico Titular.

El número seis, Gestión de los Recursos, empezando por los recursos humanos y su formación.

El número siete se denominaba Prestación de los Servicios y elaboración de los Productos. Es el más extenso, con tres subdivisiones constituidas por numerosos puntos; así la subdivisión 1, tiene 5 puntos; la 2 consta de 8 puntos, y la 3, no presenta más que 1 punto; abarcando este apartado séptimo las páginas 13 a 17.

El apartado número 8, y último, se denomina: Elementos para la Mejora Continua, estructurado en 6 puntos, cierra el texto de este documento.<sup>147</sup>

En ese momento se insistió mucho en que las oficinas de farmacia adoptasen el Control de Calidad como un instrumento cotidiano, incluso se habló de hacerlo obligatorio con fecha tope de implantación, pero esta iniciativa se acabó diluyendo entre las obligaciones del día a día.

En 2011 el Instituto de Formación COFARES premió un trabajo titulado “Aplicación del modelo EFQM en la gestión de los servicios asistenciales de una farmacia comunitaria”, que al año siguiente (2012), fue publicado en *Pharmaceutical Care España*, 2012, 14 (2). El autor, D. Barrios Blundell, inicia su exposición informándonos del significado de las siglas EFQM: European Foundation for Quality Model (Management) (Fundación Europea para la Gestión de Calidad) ISO International Organization for Standardization (Organización Internacional Para la Estandarización).

En el Resumen, encontramos: Objetivos; donde se presenta la experiencia de una farmacia comunitaria (la del autor de la información) en la utilización del modelo EFQM para la mejora de la calidad de la atención farmacéutica.

Seguidamente nos indica: Métodos, explicando que se necesitaron acciones de formación del equipo farmacéutico en el modelo EFQM, y posteriormente se les había realizado el correspondiente ejercicio de autoevaluación. Habiendo identificaron los puntos fuertes y las áreas de mejora de la farmacia, pusieron en marcha tres acciones de mejora.

Al explicarnos los Resultados nos indicaron la puntuación total obtenida en la autoevaluación mediante el modelo EFQM que había sido de 313 puntos, lo que supone un 31,3% de la puntuación total del modelo. Durante la autoevaluación, se habían identificado un total de 35 puntos fuertes y 25 iniciativas de mejora, de las que resultaron los tres planes de acción. Así

---

<sup>147</sup>Cf. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2008. *Normas de calidad para Oficina de Farmacia*. Versión 1.0. 2008. CGCOF. Octubre 2008.  
Cf. [www.portalfarma.com>profesionales>organizaciónfcolegial-calidad](http://www.portalfarma.com>profesionales>organizaciónfcolegial-calidad)

llegaron a las Conclusiones de que el uso, como paso previo a la excelencia, de sistemas de calidad basados en la norma ISO 9000 era útil en el avance de la gestión de la calidad en el sector de la farmacia comunitaria, pero el modelo EFQM representaba una herramienta de gestión más práctica que (el entonces) nuestro Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001, aunque ese último había supuesto la base o punto de partida para la implantación del modelo EFQM en la gestión de la farmacia. La autoevaluación les había sido tan útil que se había convertido en una de las herramientas habituales en el programa de mejora continua de su farmacia realizando ese proceso cada dos años. Consideraban que la priorización de los planes de mejora de la autoevaluación era un pilar fundamental para la planificación estratégica de la farmacia.

Opina que, si otras oficinas también implantaran la autoevaluación según el modelo EFQM, e incluso preparasen memorias siguiendo las recomendaciones de dicho modelo, sería posible realizar un intercambio de experiencias de mejora derivadas de su utilización.

Implantándolo en la farmacia, además de mejorar internamente, piensa podría exponer el nivel de calidad alcanzado. Considera que este modelo es una herramienta muy útil para la mejora continua de nuestros servicios relacionados con el paciente y permitía la comparación de los resultados obtenidos en otras farmacias. Finaliza indicando que, aunque el modelo EFQM es aplicable a la farmacia comunitaria, sería conveniente que el lenguaje utilizado para la descripción del contenido de los criterios, se adaptara al sector sanitario.<sup>148</sup>

En el sector farmacéutico encontramos acreditaciones específicas, como la Acreditación de Oficina de Farmacia de la Agencia de Calidad Sanitaria de la Junta de Andalucía: el primer Plan de Calidad del Sistema de Sanitario Público Andaluz (SSPA) era para el periodo 2000-2004.

En 2005 se publica el II Plan de Calidad a nivel de Andalucía. El año 2006 se presenta una Tesis Doctoral en la Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada y en su contenido encontramos procedimientos

---

<sup>148</sup> Barrios Blundell, D. 2012. "Aplicación del modelo EFQM en la gestión de los servicios asistenciales de una oficina de farmacia comunitaria" (Implementation of the EFQM model in the management of healthcare services in a community pharmacy). *Pharmaceutical Care España*. 2012; 14 (2) : 50-60

de trabajo, bajo las normas de calidad ISO 9000 para las distintas actividades asistenciales.

También tenemos la Acreditación INACPS de Valencia; dichos modelos, se encuentran adaptados al sector farmacéutico de la Farmacia Comunitaria, por lo que emplean un lenguaje comprensible en todas las oficinas de farmacia de las distintas Autonomías. Las dos acreditaciones, otorgan un papel relevante a la autoevaluación y la farmacia accede, mediante herramientas informáticas, a un cuestionario para la autoevaluación basada en los criterios estándares que componen el manual específico para la autoevaluación.<sup>149</sup>

Con una implantación lenta, este apartado no ha caído totalmente en el olvido y así nos lo demuestra la Tesis Doctoral de Sandra Sierra Alarcón, defendida en Murcia el día 29 de septiembre de 2014, bajo el título *Evolución del nivel de Calidad en las Oficinas de Farmacia con un Programa de Mejora Continua*; que, ante mi interés tuvieron la amabilidad de enviarme.

En la parte 4.1 de la Memoria, bajo el epígrafe “Metodología del Objetivo”, conocemos que el objetivo era del Colegio de Farmacéuticos de la Región de Murcia (COFRM) y consistía en diseñar e implantar un sistema de calidad en la oficina de farmacia según los requisitos exigidos por la norma ISO 9001 (AENOR, 2005).

En el texto nos indica que el Colegio había lanzado la iniciativa que había sido subvencionada por el Instituto de Fomento, para implantar el sistema de calidad en las oficinas de farmacia que lo deseasen.

Se inició el proyecto divulgándolo en todas las oficinas de farmacia de la región y los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- . Farmacias de la Región de Murcia.

---

<sup>149</sup> Gutierrez Aranda, Lourdes. 2006. *Registros e Indicadores de Calidad Asistencial. Desarrollo del Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica*. Tesis Doctoral. Facultad de Farmacia.- Cátedra Universidad de Granada-Sandoz de Docencia e Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. 2006.

- . Disponer del programa Lotus Notes que sería la base para el registro y comunicación entre la farmacia y el COFRM.
- . Designar un responsable de calidad de la oficina de farmacia como interlocutor con el Departamento de Calidad del Colegio y como responsable de la implantación y seguimiento de las medidas necesarias para implantar el sistema de calidad.

Informa que constituyeron un Comité de Calidad, integrado por los farmacéuticos titulares que voluntariamente quisieron formar parte de él. El Comité de Calidad sería el responsable de tomar las decisiones pertinentes sobre el “diseño del Sistema de Calidad, objetivos, indicadores...”, que después serían reflejados en el sistema documental por la directora de calidad.

La acogida fue: de las 540 farmacias de la Región de Murcia, se sumaron a la iniciativa 54 farmacias (10%), y se excluyeron las que no se ajustaban a los requisitos exigidos.

Inicialmente, el Departamento de Calidad de COFRM identificó los procesos operativos de la farmacia según la norma ISO 9001 (AENOR, 2005), el documento del FORO de Atención Farmacéutica (FORO 2008) y la experiencia en el sector.

Una vez identificadas todas las cuestiones, indica que realizaron el mapa de procesos donde recogían todos los procesos operativos de la farmacia y su interacción.

En el punto 1 de la Introducción nos ofrece las distintas definiciones del término “calidad” a través del tiempo: AENOR 1954, AENOR 2005, AENOR 2008.

Esta Tesis Doctoral nos ofrece un completísimo estudio de la Historia de las Normas de Calidad. La constituyen 198 páginas de información interesantísima.

Para comprender el contenido yo considero es necesario tener un cierto nivel en conceptos y aplicaciones referentes a normas de calidad, que yo en ese momento no tenía y aún no tengo.

La información incluida en Google te indica: utilizar este identificador para citar o enlazar esta tesis: <http://hdl.handle.net/10803/286502>.

Documento con el texto completo de la tesis: TSSA pgf (#) (1.708Mb)

Esta tesis aparece en las siguientes colecciones: Departamento de Ciencias Sociosanitarias (handle/10803/549).<sup>150</sup>

En 2016, la revista *Correo Farmacéutico*, el 7 de marzo publica un artículo en el que Pilar Riaza Aznar (gerente de Calidad y Actividades Técnicas Profesionales del COF de Madrid) animaba a trabajar con un programa de Control de Calidad, en este sentido manifestaba que con la implantación del sistema de calidad en la farmacia, su titular podía detectar defectos en los diferentes procesos y “pulirlos”, estar seguro del cumplimiento con los numerosos requisitos que rodean el sector farmacéutico y mejorar la organización de su empresa, y afirmaba que todavía el farmacéutico medio no había decidido apostar por la calidad, como reflejaba la realidad de la Comunidad de Madrid, pues indicaba que de las casi 3.000 oficinas de farmacia existentes en ese momento (2016) sólo unas 180 estaban acreditadas con certificados de calidad.

En ese mismo artículo, Rosalía González, vocal de Dermofarmacia y Productos Sanitarios del COF de Madrid opinaba que eso ocurría porque acreditarse suponía una inversión de tiempo y dinero que muchos farmacéuticos no querían llevar a cabo, ya que no era obligatorio.

El artículo continuaba ofreciéndonos todos los sellos de calidad que, fundamentalmente en Madrid, se podían conseguir; decían, que en una misma oficina de farmacia podían existir diferentes sellos de calidad que otorgaban entidades diversas. Consideraba una de las más comunes AENOR que certificaba sus procesos conforme a lo dispuesto en la norma internacional ISO 9001(los programas ISO 1900, son de calidad); también Aenor ISO 14001(los programas ISO 1400 son de gestión ambiental), dirigido más al papel de la farmacia respecto del medio ambiente.

En ese momento ya se estaba trabajando con la norma ISO 9000 versión 2015.

Algunos Colegios Oficiales de Farmacéuticos ofrecían su particular sello de calidad como era el caso del de Madrid con la distinción CALYFA; la marca de Calidad Madrid Excelente creada en 2007 que da la Comunidad de Madrid para reconocer y certificar la calidad y excelencia en la gestión de las empresas de la comunidad de Madrid, como empresa se concede

---

<sup>150</sup> Sierra Alarcón, Sandra. 2014. *Evolución del nivel de calidad en las oficinas de farmacia con un programa de mejora continua*. Tesis Doctoral. Departamento de Ciencias Sociosanitarias. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. 20014.



siempre a una farmacia que reúna los requisitos, pues esta marca se creó con el fin de fomentar la competitividad de su tejido empresarial.<sup>151</sup>

En “Cofm 31 servicios”, encontramos on line el 12 de febrero de 2018 una colaboración de Pilar Riaza titulada “Certificado de calidad, beneficios intangibles para el usuario”, inicia su exposición indicando que los certificados de calidad constituyen “un sólido aliado” de las farmacias, de la distribución, de la industria y los hospitales, a continuación, indica “no son obligatorios, pero ayudan a detectar fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora”.

En ese momento Pilar Riaza, Gerente de Calidad y Actividades Técnico-Profesionales del Colegio y “jefa de Proyecto de CofmS31”, nos habla de CALYFA, el coste, implantación válida por tres años, auditorias anuales, el trabajo que suponen para las farmacias, son situaciones disuasorias, no obstante, estaban apuntadas 100 oficinas de farmacia.<sup>152</sup>

---

<sup>151</sup> Cf. <https://correofarmaceutico.com/autocuidado/de-las-3000-farmacias-de-madrid-solo-180-tienen-certificados-de-calidad.html>

Cf. <https://infarma.es/web/infarma-2016/notas-de-prensa>.

<sup>152</sup> Cf. [www.cofmservicios31.es/certificados-calidad-beneficios-intangibles-satisfacen-al-usuario](http://www.cofmservicios31.es/certificados-calidad-beneficios-intangibles-satisfacen-al-usuario).

(COFM Servicios 31, es una sociedad del Colegio especializada en prestar servicios profesionales a sus clientes y colegiados. [www.cofmservicios31.es](http://www.cofmservicios31.es))

## *8. DISPOSITIVOS FACILITADORES, DE AUTOAYUDA AL PACIENTE EN CUMPLIMIENTO DE SU MEDICACIÓN A TRAVÉS DE LA OFICINA DE FARMACIA*

### **8. DISPOSITIVOS FACILITADORES DE AUTOAYUDA AL PACIENTE EN CUMPLIMIENTO DE SU MEDICACIÓN A TRAVÉS DE LA OFICINA DE FARMACIA**

#### **8.1. CONSIDERACIONES PREVIAS**

El conocimiento que el paciente tiene de su patología, de su medicación, qué espera de su tratamiento, cómo interpreta sus resultados, era fundamental para ponernos en situación.

De todo lo que había consultado quise empezar por citar la Tesis Doctoral de Pilar García Delgado, realizada en 2008, titulada *Conocimiento del paciente sobre sus medicamentos*, su contenido es muy interesante; estudia a los pacientes en función de su país de origen, los agrupó por toda procedencia posible, así, una de las agrupaciones que hace con los países europeos es: pertenecientes a la Unión o no. Psicológicamente, me pareció

un enfoque perfecto pues, realmente, las reacciones, ante todo, y por tanto ante la medicación, son muy diferentes incluso en los individuos de la misma procedencia.<sup>153</sup>

En el año 2014 nos detenemos en una publicación cuyos autores son Javier Romero Sánchez; Pilar García Delgado; y col., titulada “Conocimientos por dimensiones e ítems del paciente sobre sus medicamentos en España” cuyo objetivo era, según manifestaban, medir la falta de conocimiento del paciente sobre su medicación a nivel global por ítems y dimensiones en España.

Ante cualquier tipo de dispensación (medicamentos de prescripción o sin necesidad de ella) debemos asegurarnos qué “conocimiento” tiene el paciente de su medicación.

Sabemos que la prevalencia de resultados negativos ante su fármaco-terapia, provocan incluso la visita al servicio de urgencia, cuando una buena información, considerando “buena información” no tanto la técnica, desde luego correcta, también la humanitariamente comprensible al paciente menos preparado para su comprensión y que con nuestra actitud consigamos adaptar la información a su nivel de captación.

Este trabajo, nos indica que en España la prevalencia de resultados negativos asociados a la farmacoterapia como causa de visita al servicio de urgencia es del 35,7% y de este porcentaje el 81% se podría haber evitado.

La falta de conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos, parece que es uno de los principales elementos que puede llevar a un uso no apropiado de estos. La adecuada información del paciente sobre él o los medicamentos que utiliza es un principio esencial para conseguir un uso racional de los medicamentos que conlleva a un aumento de los resultados positivos asociados a la medicación.

El método utilizado por los autores de esta información fue un estudio observacional descriptivo transversal con componente analítico en farmacias comunitarias voluntarias, dentro del territorio Español, realizado de noviembre de 2012 a febrero de 2013.

---

<sup>153</sup> García Delgado, Pilar.2008.*Conocimiento del paciente sobre sus medicamentos*. Tesis Doctoral. Facultad de Farmacia. Programa de Doctorado de Farmacia Asistencial. Universidad de Granada.2008.

Previo a la dispensación del medicamento se entrevistaba al paciente cumplimentando un cuestionario de conocimiento. El cuestionario constaba de 11 preguntas abiertas donde se recoge el CMP, y 11 preguntas adicionales, de estas, 5 recogen las características sociodemográficas del paciente, y las restantes, las características relacionadas con el medicamento. -El cuestionario CMP, corresponde al cuestionario Compañero Menos Preferido, en inglés LPC, Least Preferred Co-worker. Aquí aplicado al medicamento y el paciente-.

Para el análisis de datos, según nos informan, se utilizó el programa estadístico SPSS, se realizó un análisis descriptivo univalente.-Estas siglas son de Statistical Package for the Social Sciences-, desarrollado en 1965. Es un programa estadístico informático muy utilizado en ciencias sociales, y aplicaciones, también, en empresas de investigación de mercados.

Los resultados fueron:

- . El 89% adquirió el medicamento para uso propio.
- . Más de la mitad de los pacientes fueron mujeres (58 %).
- . La edad 54 años.
- . Un 19,1% de los pacientes declaró dar poca importancia a su problema de salud.
- . El 86% de pacientes no conocía el nombre del medicamento que adquiriría.
- . En el 91% de los casos el medicamento fue prescrito por el médico.
- . El 88% de los pacientes había utilizado el medicamento con anterioridad.

Existía un desconocimiento altísimo de la población española sobre el medicamento que utiliza (72%). La dimensión “proceso de uso” era conocida solo por un 66,70% en la población española y existía un porcentaje de pacientes que carecía de información para asegurar que utilizaban correctamente el medicamento.

En las conclusiones anotan que 7 de cada 10 usuarios de farmacia comunitaria en España no conocía el medicamento que utilizaba. La magnitud del resultado de prevalencia de falta de conocimiento del

paciente sobre su medicación en España, consideraban implicaba un estudio profundo de estrategias para minimizarlo.<sup>154</sup>

En 2015, la Fundación de Ciencias del Medicamento y Productos Sanitarios (FUNDAMED) con el objeto de abordar (en ese momento) los temas de mayor actualidad en nuestro sector (medicamento/paciente) creó un “Grupo de Alto Nivel” sic., que denominaron Think Tank 2015; el objetivo fue reunir un grupo de expertos en materia sanitaria y de economía de la salud con diferente experiencia en el sector para debatir y llegar a un documento de consenso que pudiera determinar la inversión en sanidad para mantener la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud de entonces.

El grupo de expertos que reunió FUNDAMED, eran del ámbito de la administración y gestión sanitaria así como de la economía de la salud, con el objeto de fomentar ese debate de “alto nivel” sobre el futuro del SNS y sus necesidades financieras.

Inicia su exposición con una pregunta ¿qué objetivo tiene el Think Tank?, para darnos una contestación nos remite al Informe Abril de 1991, y lo justifica indicando: “cuando se cumplen 25 años del Informe Abril, el SNS se encuentra en una situación en la que se sigue arrastrando muchos de los problemas y retos que ya se señalaban en este informe, la sostenibilidad financiera del sistema es crítica y por lo que respecta a la gestión clínica quedan muchos retos y oportunidades a las que hacer frente”.

Para entender por qué lo alude, recordemos brevemente el Informe Abril. Fue un análisis para juzgar y evaluar el sistema sanitario público español con una serie de recomendaciones para su implantación posterior, realizado en 1991 por una Comisión presidida por Fernando Abril Martorell quien lo presentó al Sr. Ministro el 25 de julio, y al Congreso de los Diputados el 15 de septiembre de 1991, siendo Presidente del Gobierno Felipe González; este informe parecía haber quedado en el olvido hasta que ahora, primera década del siglo XXI, se han ido adoptando algunas de sus recomendaciones por el Estado y por las Comunidades Autónomas.

---

<sup>154</sup> Romero Sanchez, Javier; García Delgado, Pilar; Ramos, Humberto; Martínez Martínez, Fernando. 2014. “Conocimiento por dimensiones e ítems del paciente sobre sus medicamentos en España”. En *Farmacéuticos Comunitarios*.. Vol. 6. Suplemento 1: pags. 15-16. 2024

Con motivo de la publicación que realizó en 2003 la Fundación Abril Martorell, de un libro dedicado a ese Informe, una parte de la prensa diaria recogió este hecho y lo acompañó de comentario en el que aclaraba la escasa acogida en su momento de este Informe, cuando la Ley de Cohesión y Calidad recogió buena parte de su contenido, y de él surgieron carteras de servicios que aseguran al ciudadano sus derechos. Esta información la obtuve en el periódico *ABC*, Sección Temas, de 22 de noviembre de 2003, en Internet, ofrecida en un trabajo anónimo titulado “Informe Abril Martorell: la Reforma Sanitaria que llegó doce años después”.<sup>155</sup>

Siguiendo el relato de Think Tank nos introducimos en el periodo comprendido entre 2010 y 2014 en los que se había vivido los mayores ajustes, como consecuencia de la crisis, el presupuesto de las Comunidades Autónomas se redujo un 11,2 %.

Según el Programa de Estabilidad del reino de España, que se remitió a la Comunidad Europea en abril de 2014, no previó que el gasto sanitario público aumentaría antes de 2020 por encima del 6,5% del PIB. (Producto Interior Bruto). Es más, apuntan que los retos a enfrentar se multiplicarían por el envejecimiento de la población, la cronificación de las patologías, la aparición de innovaciones terapéuticas a los que hacer frente presupuestariamente.

Por todo esto, FUNDAMED había considerado necesario que un grupo multidisciplinar y de expertos se sentaran a debatir estas cuestiones y poner en marcha una hoja de ruta de consenso para seguir en los próximos años.

El trabajo que presentan llevaba por título: *Cronicidad, adherencia, y Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD)*. A lo largo de 28 páginas de texto más la bibliografía, encontramos un subtítulo “Posicionamiento, consideraciones y conclusiones finales alcanzadas”.

FUNDAMED, junto con el patrocinio de la Fundación Mylan encargaron este trabajo teniendo en cuenta que en España, en ese momento (2015), consideran que la mitad de la población general padecía al menos una enfermedad crónica, y más del 70% en el caso de mayores de 65 años eran en su mayoría pluripatológicos y polimedicados, los cuales consumían el 80% del gasto sanitario total. Apuntan que ya se habían llevado a cabo

---

<sup>155</sup> Cf. *Abc.es salud/sanidad/abc-informe-abril-martorell-reformasanitaria-llego-doce-años-despues-200311220300:221968\_noticia.html*.

diversas acciones enfocadas a una mejor gestión en la cronicidad a nivel nacional y regional como la Estrategia para el Abordaje de Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Con este panorama, consideran es un aspecto clave asegurar la adherencia pues la falta de la misma afectaba hasta el 50% de los pacientes crónicos.

Después de esta información nos ofrecen “A continuación se recogen las principales conclusiones de este grupo de expertos, que en general se podría sintetizar en la necesidad de coordinar a los diferentes agentes sanitarios mediante el establecimiento de un protocolo de comunicación eficaz, que permita la utilización de herramientas para la gestión de la cronicidad, especialmente en relación a la adherencia.” “De forma resumida, estas son las conclusiones que se derivan del debate y análisis llevado a cabo por el panel de expertos”:

- . Sería necesario aumentar la inversión económica destinada a la cronicidad. Ante este escenario es imprescindible adoptar una estrategia sanitaria a largo plazo en el que el paciente sea el centro teniendo en cuenta a todos los actores del SNS.
- . Apostar por la prevención y el diagnóstico precoz de las enfermedades crónicas. El diagnóstico precoz incrementa las posibilidades de éxito en el tratamiento, además de servir para paliar las consecuencias colaterales de las patologías asociadas.
- . Promover la formación, información y empoderamiento del paciente crónico.
- . Mejorar el manejo del paciente crónico reorientando los circuitos de trabajo y la dinámica de tránsito del paciente, disponiendo de un Plan de Cronicidad y potenciando el papel del farmacéutico, poniendo a su disposición el acceso a la historia clínica.
- . Sería necesario mejorar la coordinación y comunicación entre profesionales sanitarios para garantizar la calidad asistencial. Atención Primaria (AP), Farmacia comunitaria y Enfermería. En este sentido se debe impulsar la formación e información conjunta y multidisciplinar de todos los profesionales sanitarios.
- . Potenciar estrategias nacionales y autonómicas dirigidas a asegurar la adherencia en pacientes crónicos, elemento clave en el manejo de la



cronicidad. Una herramienta importante son los SPD (sistemas personalizados de dosificación).

. Intensificar el uso de SPD. Todos los expertos coinciden en señalar que desde la oficina de farmacia, se puede contribuir en gran medida al cumplimiento terapéutico y la adherencia mediante herramientas como los SPD.

Nos ofrecen también, el cuestionario realizado a los miembros del grupo de trabajo, compuesto por 10 cuestiones, no entreteniéndonos más que en algunos comentarios

. Primera cuestión: ¿considera adecuado el porcentaje de la inversión destinada a los pacientes crónicos dentro de los planes estratégicos de salud de su CCAA?. En la respuesta afirman: según muestran diversos informes se estima que los pacientes crónicos consumen hasta el 80% del gasto sanitario total, y que estos pacientes ya suponen hoy en día, 6 de cada 10 ingresos hospitalarios, 8 de cada 10 visitas al médico de familia.

. Segunda cuestión: ¿En qué medida cree que las herramientas de prevención y diagnóstico precoz pueden afectar al gasto del SNS en el caso de patologías crónicas? Afirmaban, “la actual prevalencia de enfermedades crónicas ya supone un reto para el SNS pero la previsión para los próximos 10 años es que las defunciones por enfermedades crónicas aumenten en un 17%. Existen una serie de factores de riesgo comunes y modificables, causantes de enfermedades crónicas, que son responsables de una gran mayoría de muertes: alimentación inadecuada, consumo de tabaco y sedentarismo. En el caso del tabaquismo, los gastos directos de sanidad vinculados a los fumadores en España son un 44% más elevado que para los no fumadores. Los planes de prevención y diagnóstico son cruciales”. Simplemente citan el informe Cronos sobre abordaje más eficiente en la cronicidad; el programa ConSIGUE, dirigido a evaluar el impacto del seguimiento farmacoterapéutico; detección de cáncer de colon y el VIH sida, y los SPD como una contribución importante para prevenir complicaciones derivadas de la medicación.

. Tercera cuestión: ¿De qué manera considera que se podría mejorar el manejo de los pacientes crónicos en su CCAA?. A ella responden: “el paciente crónico, además de experimentar un aumento en cifras, constituye el paciente más demandante del sistema y, sin embargo, se continua con un

modelo “hospitalocéntrico”, mucho más centrado en responder a las urgencias que a la patología crónica”. Opinan existía una descapitalización científica y de recursos humanos que afectaba al servicio que se podía dar desde la AP, que no sólo consideraban era la puerta del sistema sanitario sino el eje del mismo. Las iniciativas debían orientarse a:

\_ La estratificación de la población, que permitiera realizar intervenciones planificadas y proactivas facilitando la planificación de recursos de manera eficiente.

\_ La gestión de la salud poblacional con iniciativas orientadas a mejorar los resultados de salud.

\_ Iniciativas que transformasen y facilitasen la implantación y mantenimiento de un nuevo modelo de gestión más eficiente en el tratamiento de la cronicidad.

Por tanto era imprescindible disponer de un Plan de Cronicidad que propiciase el trabajo en AP integrando la labor de los diferentes profesionales y otorgando recursos suficientes para ellos, Se trataba de proporcionar la atención sanitaria optimizando los recursos y minimizando los riesgos.

Uno de los aspectos más descuidados era generar un Plan de Atención Socio-Sanitaria y de Atención Domiciliaria que permitiera a los pacientes que los precisasen ser atendidos en su entorno más cercano. Además de lo anterior, cabía destacar el papel que podía tener en este contexto la coordinación de los programas de teleasistencia y atención médica y social y la incorporación de las TICs (Tecnologías de la Información y de la Comunicación) en diversos aspectos.

. Cuarta cuestión: En cuanto a las profesiones sanitarias. ¿Cómo cree que se podría mejorar la coordinación entre ellos para garantizar la calidad asistencial a los pacientes crónicos? ¿Qué rol podría jugar el farmacéutico en este contexto? En este sentido, y teniendo en cuenta el aumento de pacientes mayores, crónicos y polimedicados, la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) había destacado la necesidad de una mayor colaboración con la farmacia comunitaria que por su posición podía contribuir en gran medida en el seguimiento de estos pacientes garantizando su calidad asistencial.

Para la integración de las distintas profesiones proponen: formación conjunta; crear grupos de trabajo territorialmente; comunicación oficial. Establecer sistemas de comunicación entre los profesionales, que fueran digitales y protocolizados, pudiéndose obtener datos valiosos para la mejora del sistema, entre ellos nos indican las TICs y la receta electrónica a los que consideran buenas herramientas para ese fin.

Respecto a la oficina de farmacia indican que, en ese momento, la oficina de farmacia tenía la capacidad de jugar un papel clave en la gestión de la cronicidad aprovechando sus puntos fuertes: la confianza, la accesibilidad, la proximidad al paciente y su capacidad de influencia; de los Servicios Profesionales que podía prestar la farmacia, reconociendo eran múltiples, destacaban tres:

\_Mejorar la adherencia a medicamentos mediante SPD (Sistemas Personalizados de Dosificación), revisar el uso de los medicamentos (RUM), conservación de los medicamentos. Evaluar resultados de los medicamentos revisando la farmacoterapia con criterios start-stop u otros (RFT), seguimiento fármaco-terapéutico (SFT), conciliación de la medicación (CM).

\_ Apoyar los programas de salud pública: programa de vacunación de gripe, cribados de patologías frecuentes, hipertensión, hipercolesterolemia, asma/EPOC, diabetes, ...

Como ejemplo de la coordinación entre niveles asistenciales que implicaban al farmacéutico destacan el programa del Consejo de Colegios Farmacéuticos de Cataluña (CCFC), y el del Colegio de Valencia con una apuesta decidida en este sentido. También la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) había firmado un convenio marco para desarrollar un plan, para oficinas de farmacia, en materia de adherencia a los pacientes, y aludían que la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFAC) había elaborado en 2012 un Plan Estratégico sobre Atención Farmacéutica al Paciente Crónico para fomentar la implicación de la Farmacia en la gestión de estos pacientes, e incluían, “ En un futuro utópico se podrían hacer reuniones o sesiones entre centros de salud, junta vecinal, farmacéuticos del barrio y otros profesionales donde abordar problemas derivados de la cronicidad.”

- . Quinta cuestión: a la hora de gestionar la cronicidad ¿cómo considera que deben coordinarse la Administración y los profesionales sanitarios?

Debía plantearse la reorganización de los sistemas sanitarios, la alianza con la comunidad, el papel activo de los pacientes y sus familiares en la atención y los cuidados y el desarrollo de prácticas asistenciales ligadas a la evidencia científica.

Indican, también, que la oficina de farmacia debía estar integrada en el sistema sanitario y en los grupos de trabajo de esos centros participando activamente en la toma de decisiones. Recomiendan “hacer desaparecer” en el plano funcional la separación estructural entre AP y Atención Especializada, procurando que la atención fuese compartida garantizando que recibirán los servicios necesarios en el momento y tiempo precisos, evitando duplicidades y consiguiendo máximos resultados en salud.

- . Sexta cuestión: La falta de adherencia al tratamiento supone un problema para el SNS, ocasionando peor control de la enfermedad e incremento de sus complicaciones. ¿Se están llevando a cabo en su CCAA estrategias para promover la adherencia en pacientes crónicos?

Indicaban que, según diversos informes, se había estimado que la mitad de los pacientes crónicos no completaba su tratamiento y que el 40% autorregulaba su medicación, ocasionando el 14% de los ingresos hospitalarios. Además, del 50% de los pacientes no retiraban la medicación adecuada (por exceso o por defecto), retirando de media un 13% de medicación que no precisaban. La falta de cumplimiento terapéutico indica aumenta la morbilidad, y también tenía repercusión en cuanto a los costes para el SNS aumentando los ingresos hospitalarios o las visitas a los servicios de urgencia, provocando un coste estimado, a los gobiernos europeos de 125.000 millones de euros anuales.

Indican que, por su parte, Farmaindustria había impulsado junto a entidades sanitarias y asociaciones de pacientes el Plan de Adherencia al Tratamiento basado en la articulación de una serie de medidas que implicaban a todos los niveles y profesionales sanitarios (médicos, farmacéuticos y enfermeros) “en una estrategia que necesita de la intervención activa de las administraciones sanitarias y del propio paciente.”

Consideran que para que el paciente mejorase su adherencia debía tener un papel activo en el proceso de gestión de su enfermedad. Para esto enumeran tres estrategias:

\_ Estrategias técnicas: simplificación del régimen, dosis menos frecuente, fórmulas de liberación controlada, combinación de fármacos.

\_ Estrategias educativas: información médica en consulta, dispensación informada, educación sanitaria.

\_ Estrategias conductuales:

Sistemas Personalizados de Reacondicionamiento (SPD)

Tratamiento de observación directa (TOD)

Técnicas de apoyo social: terapia familiar, grupos de apoyo, etc.

Técnicas dirigidas a profesionales: información, cursos y recordatorios a los profesionales sanitarios, ...

Aseguraban que las estrategias para promover adherencias en pacientes crónicos variaban a lo largo del territorio nacional y entre ellos los Planes de Cronicidad y de Salud, jugaban un papel relevante. Aquí nominan los proyectos de los colegios profesionales de Valencia, Cataluña y Aragón y la implantación de SPD en éstas comunidades, en País Vasco y Baleares.

. Séptima cuestión ¿Qué factores cree que tienen una mayor relevancia en la falta de adherencia en relación a este tipo de pacientes?

Los pacientes que no admitían (ni admiten) su condición de pacientes y presentan la falta de adherencia intencionada, para abordarlos la clave estaba en identificar los factores: inicio tratamiento nuevo, olvido, preocupación por efectos adversos, baja motivación, falta de información, conocimiento y habilidades adecuadas para gestionar su enfermedad y tratamiento, bajas expectativas, temor a dependencia o incredulidad en el diagnóstico.

La falta de control por parte del profesional, para revisar, retirar fármacos innecesarios, detectar duplicidades o interacciones, podía contribuir en el nivel de adherencia.

. Octava cuestión: ¿Conoce los Sistemas Personalizados de Dosificación?

En caso afirmativo ¿Qué ventajas e implicaciones podría tener su uso en pacientes crónicos?

Sobre los Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD), inicia la exposición con una explicación de los sistemas de SPD; concluida esta, indicaban que el objetivo principal de estos sistemas era contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento, siendo el farmacéutico comunitario el responsable de su implantación y se estaba utilizando en algunas oficinas de farmacia. Indicaban que en Cataluña se estaba llevando a cabo pruebas piloto sobre SPD; en Valencia se había desarrollado un catálogo de servicios de la oficina de farmacia e incluía la preparación de SPD; y por su parte Aragón contaba con un Decreto que regulaba los requisitos y procedimientos para la dispensación en las oficinas defarmacia de SPD.

. Novena cuestión: ¿Qué beneficio considera que tendría para el SNS la mejora de la adherencia terapéutica en pacientes crónicos?

Refiere que el objetivo de identificar y tratar a los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, conduciría a reducir el riesgo de enfermedades asociadas, como la enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebro vascular, insuficiencia renal crónica o complicaciones neurológicas. Además, se reducirían los gastos sociales y los costes del sistema en intervenciones de nivel asistencial más alto y por lo tanto más caros, contribuiría a la sostenibilidad del sistema sanitario.

Nos indican que el análisis del impacto económico en España de la adherencia en enfermedades crónicas como la cardiovascular (ECV), y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) mostraba beneficios económicos muy relevantes. En el caso de ECV, indicaban que aumentar diez puntos la adherencia evitaría más de 8.700 muertes y hasta 7.650 eventos cardiovasculares, con un gasto sanitario evitable de 75 millones de euros. En cuanto a EPOC mejorar la adherencia en diez puntos se lograría evitar 190.000 exacerbaciones y un gasto sanitario directo de 80 millones de euros.

Por otro lado constatan que mejorar la adherencia permitiría evaluar la relación coste beneficio de los diversos tratamientos instaurados, al tener la certeza de que los tratamientos se habían cumplido como estaba previsto.

A partir de aquí la estructura del trabajo nos conduce a los anexos: ANEXO I-Cataluña; ANEXO II- Comunidad Valenciana; ANEXO III- Aragón.

En cada anexo nos cuentan los logros y los planes de cada comunidad tras habernos puesto al tanto de la situación, así en Cataluña nos indican que la esperanza de vida era de 81,4 años y de vida libre de discapacidad hasta los 66 años. Según una encuesta de salud realizada en 2014 había dado un porcentaje de sobre envejecimiento muy alto (15,4%), reflejando una mayor incidencia de pacientes crónicos. En la encuesta de salud de 2015, se reflejaba que un 34,3% de la población tenía alguna patología o problema de salud crónico; este porcentaje era mayor en las mujeres. Del total de enfermos crónicos, se estimaba que 140.000 sufrían también dependencia representando un 6% de la población del territorio catalán. Además, el 50% de estos pacientes desarrollaba enfermedades crónicas múltiples.

Auguraban que las enfermedades crónicas serían la causa principal de discapacidad en 2020 y, en 2030 se doblaría la incidencia. Ante esta situación, nos indicaban que el Departamento de Salud de la Generalidad había puesto en funcionamiento un Plan de Salud 2016-2020, el Programa de Prevención y Atención de la Cronicidad del Gobierno Catalán (PPAC), el Proyecto de Atención Farmacéutica al Paciente Crónico (PCAF) y el Programa de Educación Sanitaria a las Personas Mayores (PESGG).

En el Anexo II, sobre la Comunidad Valenciana informan que en ella el 78,6% de la población entre 65 y 74 años padecía algún tipo de enfermedad crónica, porcentaje que aumentaba al 85,7% entre los mayores de 84 años. Por ello el gasto en sanidad iba en aumento cada año. La tendencia del año 2016 había superado el crecimiento de otros anteriores, habiendo pasado del 31,9% del total de 2015 al 34,4% para el año 2016.

Sin embargo. La Medicina Familiar, a través de AP, experimentaba una desproporcionada inversión sanitaria, representando el 15,6% del gasto en sanidad. Con estas cifras extraían que la inversión en cronicidad era mejorable constituyendo un reto que deberían afrontar.

Según los datos de la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana, la proporción de personas mayores de 65 años daba una valoración negativa en su estado de salud del 58,71% (50,02% en hombres y 65,41% en mujeres). El 76,6 % de la población entre 65 y 74 años padecía algún tipo de enfermedad crónica, aumentando al 85,7% entre los mayores de 84 años.



El Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2016-2020 comprendía una línea de Orientación hacia la cronicidad y hacia los resultados en salud para incrementar la esperanza de vida en buena salud.

Anexo III – Aragón. En aquel momento en Aragón, el 34% de los hombres y el 41% de las mujeres de edad media padecían, al menos dos, enfermedades crónicas de forma simultánea, cifra que ascendía al 67% a partir de los 65 años. En Aragón, entonces, había unas 225.000 personas mayores de 65 años de las que tres cuartas partes vivían solas en sus domicilios. Aproximadamente 65.000 personas mayores de 65 años y 32.000 personas de entre 60 y 64 años presentaban discapacidad moderada, severa o total, lo que suponía el 8% de la población aragonesa. Entre el 6% y el 7% de la población precisaban ayuda de otros para realizar algunas de las actividades necesarias para desenvolverse en la vida diaria.

Teniendo en cuenta aquel contexto como apoyo a la Estrategia para el Abordaje de la cronicidad, del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) contaba con un Programa de nivel territorial enfocado a pacientes crónicos dependientes; cuya aplicación en Aragón se denominó: Plan de Crónicos; Proyecto de la Estrategia de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón, y que al ser un Plan aún estaba por perfilar; Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes, que tenía como objetivo garantizar una atención integral y continuada de los enfermos crónicos y dependientes, e indicaban que los SPD constituían una herramienta muy útil para mejorar la adherencia desde la farmacia comunitaria, y exponiendo además, que a principios de 2017, 144 farmacias de Aragón habían anunciado su participación en el programa enMente puesto en marcha por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos CGCOF.<sup>156</sup>

Cuando encontré esta información me surgió la necesidad de otra información ¿Qué se entiende por Think Tank?, así encontré que la traducción literal del inglés es: tanque de pensamientos, y lo que mejor se acoplaba (entre muchas propuestas) a la interpretación de mi circunstancia, fue: Grupo de Expertos de naturaleza investigadora cuya función es la

---

<sup>156</sup>

Cf. Internet

<https://www.sefac.org/sites/default/files-contenidos->

[files.com>THINK\\_TANK\\_Cronicidad\\_adherencia\\_SPD](https://www.sefac.org/sites/default/files-contenidos-files.com>THINK_TANK_Cronicidad_adherencia_SPD)

reflexión intelectual sobre diversos asuntos. De ellos resultan consejos o direcciones que posteriormente los organizadores pueden utilizar o no, para la actuación en sus propios hábitos.

En 2017 FUNDAMED comunica como, con el objetivo de fomentar el análisis de los temas sanitarios de mayor relevancia se había encargado de poner en marcha un Grupo de Alto Nivel que había denominado Think Tank. El objetivo era crear y fortalecer un espacio de dialogo y debate entre un grupo de Expertos con formación multidisciplinar en materia Sanitaria y de economía de la Salud para elaborar un Documento de Consenso que analizase la gestión integral de la cronicidad en España, concretamente en las Comunidades Autónomas de Cataluña Valencia y Aragón.<sup>157</sup>

También SEFAC en su edición on line correspondiente al día 13 de abril de 2018, en su sección Sefac al Día incluye su presentación a este trabajo bajo el título *Informe sobre cronicidad y SPD, con la colaboración de SEFAC*. Lo primero que ofrece al consultor es la posibilidad de acceder al trabajo completo a través de su Web ([https://www.sefac.org/sites/default/files/2018-04/TT%20Cronicidad%2C%20adherencia%20y%20SPD\\_Esp.pdf](https://www.sefac.org/sites/default/files/2018-04/TT%20Cronicidad%2C%20adherencia%20y%20SPD_Esp.pdf))

Tras su resumen, alegando que Aragón fue la primera Comunidad en regular los SPD nos ofrece unas líneas de Eduardo Satue presidente de SEFAC Aragón, La Rioja y Navarra en las que apunta que ·El farmacéutico es un profesional muy bien posicionado para mejorar la adherencia, pero su implicación no puede depender de planteamientos cortoplacistas”<sup>158</sup>

Toda la información generada en 2018 que hemos expuesto la que proporcionó núcleos interesados en lo referente a oficina de farmacia, realmente el Think Tank, tal y como vimos cuando lo presentamos, era un informe sobre la situación a nivel nacional de toda la sanidad relacionada medicación/paciente.

En este sentido, también es interesante la información que ofrece la *Gaceta Médica* de fecha 13 de abril de 2018. Inicia su información manifestando que los farmacéuticos, médicos, enfermeros y pacientes habían cerrado filas para luchar contra la falta de adherencia, indicando que únicamente faltaba que la Administración Sanitaria fuese en esa misma línea. Sigue

---

<sup>157</sup> [Fundacionfundamed.org/ThinkTank\\_cronicidad\\_adherencia\\_spd.aspx](https://fundacionfundamed.org/ThinkTank_cronicidad_adherencia_spd.aspx)

<sup>158</sup> <https://www.sefac.org/sefac-al-dia/informe-sobre-cronicidad-y-spd-con-la-colaboración-de-sefac>

informándonos que así lo habían demandado, reunidos en Zaragoza, los profesionales sanitarios congregados en la presentación del informe “Cronicidad, adherencia y sistemas personalizados de dosificación (SPD)” estudio Think Tank promovido por la FUNDAMED, la Fundación de Ciencias Místicas y Productos Sanitarios en colaboración de expertos con la fundación Mylan para la Salud.

Comentaba que en el texto habían colaborado expertos de alto nivel de sociedades científicas, asociaciones de pacientes y de la Administración.

Bajo la autoría de Ángela Rueda nos ofrece un extenso informe de la presentación de Think Tank y sobre la opinión manifestada por importantes representantes de la Farmacia, la Atención Primaria, la profesión Médica, Enfermería, representantes de Pacientes, la Fundación Mylan y FUNDAMED.<sup>159</sup>

## **8. I. 1. DISPOSITIVOS DE REACONDICIONAMIENTO, DESTINADOS A LA AYUDA AL PACIENTE EN EL CUMPLIMIENTO DE SU MEDICACIÓN, DESDE LA OFICINA DE FARMACIA.**

Estos estudios que acabamos de presentar, nos indican como de investigaciones diferentes, cuyo tema protagonista es diferente, pero están dentro de un denominador común: el enfermo y su medicación, problemas y posibles soluciones; entre estas soluciones encontramos una recomendada, sugerida, propuesta, fundamentalmente ante la necesidad que el éxito terapéutico, como eslabón final, precisa que el paciente utilice y administre su medicación bajo la pauta e indicaciones que recibe de su prescriptor.

Esta solución era un servicio profesional farmacéutico que conocemos: Servicio Personalizado de Dosificación (SPD).

---

<sup>159</sup> [Gacetamedica.com/newsletter/la\\_comunidad\\_demanda\\_colaboracion\\_profesionales-y\\_actuaciones\\_publicas\\_ji1497957/](http://Gacetamedica.com/newsletter/la_comunidad_demanda_colaboracion_profesionales-y_actuaciones_publicas_ji1497957/)

Como casi todo lo que encontramos en nuestra vida cotidiana, no es una novedad absoluta, con el sistema personalizado de dosificación nos pasa eso, tiene su historia.

Se percibía, desde tiempo atrás, la necesidad de fidelizar al paciente con su tratamiento fármaco-terapéutico, y se fue gestando el SPD para solucionarlo.

En la revista *el farmacéutico* número extra de febrero de 2001 encontramos un artículo, firmado por Miguel Ángel Gastelurrutia, centrado en situar los sistemas de dosificación y la atención farmacéutica exponiendo una retrospectiva en estos términos: “Recientemente, se ha publicado en distintos medios de comunicación el estudio piloto sobre utilización de sistemas de dosificación, que está realizando un grupo de farmacéuticos catalanes. La noticia ha levantado grandes expectativas, no solo entre la población general, sino también entre profesionales farmacéuticos. Sin embargo, no se trata de un tema nuevo. Desde hace ya más de dos años se está trabajando con estos dispositivos, si bien de manera individualizada y, por qué no anónima, en otras farmacias a lo largo de toda la geografía española, así como en servicios de farmacia de centros sociosanitarios de distintas comunidades”.

Justificaba, Gastelurrutia este artículo, indicando lo hacía por que a su entender el espacio de utilización debía aclararse, entendiendo que podían ser muy útiles, e incluso lo eran, en ciertas situaciones y colectivos. También indica, va a intentar aclarar que su uso no era sinónimo de atención farmacéutica, sino que se trataba “de una herramienta más, muy útil, como digo, en muchos casos”.

Continuaba indicando iba a presentarnos una breve introducción sobre lo que él entendía por atención farmacéutica y a discutir, brevemente, los problemas que podía originar el incumplimiento en la farmacoterapia, e inmediatamente avisa qué eran y como funcionaban los SIDD y el problema que podían tener tanto en las farmacias fundamentalmente dispensadoras como en aquellas que tenían en marcha programas de atención farmacéutica.

Llegado a este punto, se justifica a pie de página, que en este artículo mantenía las siglas SIDD, cuyo origen era “sistemas de dosificación y

dispensación individualizada”, por un motivo histórico, es que habían sido las primeras siglas utilizadas en nuestro país para referir a estos dispositivos” y, añadía “sin embargo, se trata, como se verá a lo largo de este artículo, de una denominación incorrecta, ya que su utilización es postdispensatoria”.

Continúa una exposición bajo el epígrafe: “Introducción a la Atención Farmacéutica” donde, brevemente, nos hace la historia de la atención farmacéutica en ese momento (2001) terminando diciendo que la atención farmacéutica, es sinónimo de la realización del seguimiento del tratamiento farmacológico; y como conclusión indica: “En resumen, los SIDD cobran especial importancia en los centros sociosanitarios, ya que permiten la individualización de la medicación de cada persona mayor. Desde luego, pueden ser de gran utilidad en programas individualizados de seguimiento del tratamiento farmacológico, cuando se detecta PRM originados por la no adhesión al tratamiento”.<sup>160</sup>

También nos hablan de ello, entre otros autores, J. Herrera, en su *Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica*, editado en 2003, dedicando en su capítulo 23, titulado “Cumplimiento terapéutico de la prescripción medicamentos”, un apartado a Sistemas Personalizados de Administración de Medicamentos.

Inicia la exposición con la sencillez que le caracteriza: “Para mejorar la atención farmacéutica a través de un mayor compromiso, el farmacéutico que atienda a los pacientes deberá tener facilidad de expresión y comunicación, ser accesible, transmitir confianza y seguridad, así como mantener una constante actualización sobre la farmacoterapia de sus pacientes”.

Continúa indicándonos que normalmente el incumplimiento terapéutico obedece al cansancio del paciente o a la dificultad de seguirlo en todos sus términos, por lo que se deben buscar fórmulas que faciliten el uso de los medicamentos. Insiste en esta necesidad puesto que los fracasos en los tratamientos se traducían (y se traducen) en nuevos problemas de salud para la persona y, en consecuencia, en mayores gastos para la sociedad.

Indicaba se debería pensar que los envases y las dosis en que se presentaban las especialidades no siempre se adecuaban al tratamiento

---

<sup>160</sup> Gastelurrutia, Miguel Ángel. 2001. “Los sistemas de dosificación y administración de medicamentos y la atención farmacéutica”. En, *el farmacéutico*, Extra febrero, pgs. 28-36. 2001.

previsto (y la situación sigue así), y continuaba diciendo que, por ello, deberían facilitarse sistemas y herramientas que ofrecieran una forma mejor y más eficaz de administración de los medicamentos.

Manifestaba existían diversos sistemas de administración controlada de medicamentos, sistemas individualizados de dosificación (SIDDD) o también llamados sistemas personalizados de dosificación (SPD) que habían revolucionado el cuidado de los pacientes en residencias y su uso era cada vez más frecuente dentro del ámbito hospitalario y, era un sistema implantado a nivel internacional, por ello los consideraba adaptables “en la farmacia comunitaria”.

Indicaba que, en estos sistemas de administración, el farmacéutico era una figura trascendental en el éxito del procedimiento que perseguía mejorar el cuidado del paciente.

Informaba que también existían otras herramientas útiles para conseguir una mejor adherencia al tratamiento por facilitar ese mismo acto, así en los casos donde la dosis prescrita no coincidía con la dosis de la forma farmacéutica, podía utilizarse un sistema de cortar y pulverizar comprimidos, acompañando estas manifestaciones con información gráfica de figuras, en ellas incluía diversos sistemas personalizados de dosificación y administración, indicando la marca: un pack de Bayvit, abierto y cerrado; varias presentaciones de Normad; y de Venalink . Para el sistema de “corta-pulverizador”, presentaba de KRZ el cortador y el pulverizador.

Aclara, se pretendía colaborar en la mejora del cumplimiento de los pacientes, considerando era muy necesario en personas mayores y polimedicados. A las farmacias que ofrecieran a los usuarios estos sistemas de administración controlada, les indica que tuvieran la seguridad que estaban ofreciendo a los usuarios la posibilidad de acceder a su medicación diaria dispuesta en unos envases especialmente diseñados para evitar confusiones y facilitar al máximo el cumplimiento del tratamiento.

Seguidamente les indica como debían actuar: paciente o cuidador, una vez adquiridos los medicamentos los entregasen al farmacéutico para que los colocase en uno de estos sistemas; con esto conseguían saber la dosis específica para cada día de la semana y en qué momento.

Expresa que no solo se beneficia el paciente, que tendrá la seguridad de que su medicación está controlada en todo momento por el farmacéutico que, a más de garantizar la exacta administración, también podía detectar

las posibles interacciones, sobredosificaciones, efectos yatrogénicos. También beneficia a:

- . Médico, le proporciona aumentar el número de registros diarios del paciente, le asegura que el paciente sigue la medicación correctamente y, sobre todo, aumentaba la relación médico-farmacéutico con lo que ambos dispondrían de información adicional de importancia para el control clínico del paciente.
- . Farmacéutico, mejora su compromiso profesional, mejoraba la calidad de servicios prestados y fortalecía los vínculos con el paciente al ofrecer una mejor asistencia.<sup>161</sup>

Siempre con estos planteamientos, también fueron surgiendo necesidades, pequeños problemas, que se fueron solucionando hasta llegar a nuestros días arrastrando un problema con tres interrogantes: ¿Cuánto cuesta preparar un SPD?, precio de todo aquello que se precisa para poner el SPD en la mano del paciente; ¿Cuánto “vale”, en términos económicos, un SPD?, es ni más ni menos ¿Cuánto se puede cobrar para compensar su realización?, el cálculo para llegar a conocer el precio, y quien tiene que asumir su abono, todavía está poco claro.

### **8. I. 2. APROXIMACION AL COSTE DE ESTOS SERVICIOS DE REACONDICIONAMIENTO**

El coste de la preparación de los dispositivos de reacondicionamiento para ofrecer al paciente su dosificación personalizada, es un tema de debate que llega a nuestros días.

---

<sup>161</sup> Montero Torrejón, Juan Carlos; Herrera Carranza, Joaquín. 2003. “Cumplimiento terapéutico de la prescripción de medicamentos”. En Herrera Carranza, Joaquín, *Manual de Farmacia clínica y Atención Farmacéutica*, Capítulo 23, págs..471-491. El SERVIER España. 2003.



Son muchas actuaciones a valorar simplemente para conocer lo que ha invertido la oficina de farmacia, que suele ser el precio con el que sale al mostrador, pues el beneficio se considera debe ser exclusivamente el margen del medicamento dispensado.

Iniciamos este apartado ofreciendo un estudio de este cálculo. En la segunda parte donde incidiremos más en la iniciación y actualidad de los dispositivos, también expondremos las valoraciones a lo largo del tiempo.

En el año 2001, un trabajo de Federico Moreno Izquierdo proporciona a los farmacéuticos de oficina de farmacia las razones por las que deberían conocer con la mayor exactitud posible el gasto que pudiera suponer implantar un Dispositivo que ayudase a mejorar el cumplimiento del paciente ante la toma de su medicación.

Tras conocer esto, indica, se debe calcular exactamente el beneficio que proporciona a nuestro establecimiento y comprobar si podremos detraer la cantidad de efectivo que supone su instalación y el coste que nos exigirá soportar el valor del tiempo que invierta el personal encargado de atenderlo. Esto en cuanto a nuestra empresa en particular, pero también deberíamos hacer un estudio para conseguir, a otros niveles, encontrar una cifra que, cubriendo estos gastos, se pudiera cobrar el servicio al paciente o a la Administración.

Este trabajo es de gran utilidad pues nos ofrece unas cifras con las que te das cuenta de una realidad, no de una abstracción (la cifra que nos ofrece es valor pesetas que, evidentemente, nosotros cifraremos en el equivalente del valor de la moneda actual, euros): coste de material; coste de adaptación del local, si fuera preciso; coste del tiempo invertido por la formación adquirida en las clases preparatorias para conseguir su capacidad y, el tiempo en la preparación del Dispositivo, todo ello a tenor del Convenio Colectivo en vigor, más la Seguridad Social; más el Seguro de responsabilidad.

El autor inicia el trabajo ofreciéndonos un Resumen que es casi un aviso: “Este estudio es una aproximación al incremento de costes, frente a la dispensación tradicional, en la implantación de un Dispositivo de ayuda al cumplimiento terapéutico, en una farmacia comunitaria, por evaluación económica del inicio de la actividad y de su mantenimiento”.

“La repercusión de este incremento del gasto sobre la economía de la farmacia comunitaria, lleva a advertir de la necesidad de cobrar el dispositivo, si no queremos que se produzca una marginación de las farmacias de pequeña facturación”.

Continúa el autor en su introducción, que el farmacéutico de oficina de farmacia, se encontraba ante una inminente realidad de futuro; este futuro estaba en la búsqueda de estándares de calidad en la dispensación ambulatoria, y piensa sería bueno buscarlos similares a los hospitalarios y propiciar la implantación de nuevos métodos en la oficina de farmacia.

Una de las posibilidades que apunta son los Dispositivos de Ayuda al Cumplimiento, ellos permiten el acercamiento al medicamento de los pacientes ambulatorios facilitando la administración y el cumplimiento posológico a la vez que lo incluimos en el sistema de Atención Farmacéutica de la farmacia con su consiguiente seguimiento fármaco-terapéutico; incluyendo la idea con el deseo, el autor nos dice: “Igualmente favorece la implicación del farmacéutico comunitario en el equipo de Atención Primaria de Salud”.

Constatando la carencia de datos económicos de los servicios que la oficina de farmacia ofrece, dificulta su toma en consideración por pacientes y Administraciones Públicas. Ante esta situación indica: “El objetivo del presente estudio es analizar los costes económicos relacionados con la preparación de estos sistemas en una farmacia comunitaria”.

Seguidamente nos introduce en los “métodos”, indicándonos que se basaría en diseñar un diagrama de actividades a realizar, valorando cada una de ellas, para que sirviera de base en la valoración de todo el proceso y con estos datos tener el balance inicial, obteniendo un precio que el autor nos da, pero que es a valor del año 2001 en que se realiza el trabajo.

Nos aclara que ha tomado como referencia los dispositivos Manrex de sellado en frío (Manrex, actualmente es una empresa que, entre otras ofertas, mantiene el sellado, en plena actividad); y también como referente, el protocolo propuesto por el Colegio de Farmacéuticos de Barcelona.

Para que la información resulte más fácil nos presenta la Figura 1. “Diagrama de flujo de acciones de implantación”, que describimos:

“. Obtención de información: Internet, Teléfono, Desplazamientos  
. Impresora.

. Adquisición de materiales: Software, Corchos, Aplanador, Envase Medicamentos- Paciente, Contenedor SIDO, Pinzas, Bolsas.

- . Protocolización del método.
- . Formación del auxiliar.
- . Diseño de impresos: Solicitud de prescripción, Solicitud de Historia Clínica, Hoja de incidencias. Hoja de comunicación. Trípticos para pacientes.
- . Adecuación del local.
- . Definición del área de envasado.
- . Promoción: Folletos paciente, Dossiers Médicos, Visita Médicos.
- . Registro de la base de datos,”

El siguiente paso era valorar la preparación de un blíster iniciando con el valor del dispositivo (el Manrex de sellado en frío) y siguiendo un protocolo parecido al anterior, que aquí se aplicaría a valorar los productos, más el tiempo invertido por preparador, con el mismo sistema de valoración que hemos indicado que debemos tener en cuenta la primera vez, nos pone en aviso de que es más difícil ponderar el valor de los errores que, tal vez, interese calcular cuando tengamos los datos y veamos su frecuencia; también en este apartado, nos indica el autor, se valore la repercusión de los gastos indirectos que se hará sobre los gastos sin financiación: mercadería, salarios, Seguridad Social del personal de la farmacia, el espacio que ocupa la preparación, en este trabajo se estima dos metros cuadrados la superficie destinada en el local para preparación del sistema, el material fijo, etc.

También hay que estimar el número máximo de blíster a confeccionar en un año por farmacéutico (farmacéutico/año), teniendo en cuenta que se realiza un dispositivo semanal para cada paciente acogido al sistema.

El autor nos incluye una Figura II. “Diagrama de acciones. Protocolo”. Hace la apreciación que él tiene sobre el tiempo que se puede invertir y como en cada apartado figura entre paréntesis un número, nos advierte “los números indican el tiempo estimado en minutos para cada acción en el primer dispositivo y en los sucesivos”.

- . Solicitud: Firma aceptación. Registro datos. Solicitud de prescripción.
- . Solicitud de Historia Clínica.
- . Explicación del sistema. Estimación (3,0).
- . Entrevista paciente (20,0).
- . Confección ficha manual (2,2), Diferenciación medicamentos no SIDD.
- . Archivo de Prescripción (3,3).

- . Paso a soporte informático (5,5).
- . Atención Farmacéutica (3,0):
- . Interacciones.
- . Enfermedades crónicas.
- . Evaluación de dosificación.
- . Duplicidades terapéuticas. Derivación, método Dáder.
- . Solución de problemas.
- . Preparación del sistema (3,3).
- . Recuento alveolo con ficha manual (1,1).
- . Sellado (1,1).
- . Impresión de etiquetas (1,1).
- . Etiquetado (1,1).
- . Concordancia etiquetada/alveolo (2,2).
- . Corrección de errores.
- . Dispensación (5,3)”

De este trabajo se desprende que la distribución de los costes medios esperados en la preparación de dispositivos de ayuda al cumplimiento es: 79% el tiempo; 20% los materiales utilizados: 1% costes indirectos.

También indica que, finalmente, (caso que los haya) los gastos de promoción al sistema enfocados a médicos y pacientes están validados no como un servicio ajeno sino como realizado en la propia farmacia (el autor, en ese momento, incluía programas Publister, Power Point y Word, y los cálculos del trabajo con Excel). Esos gastos de instalación, aunque vayamos a mínimos, pueden suponer un porcentaje de reinversión importante para farmacias de poca rentabilidad. Considerando que el importe de inversión que hemos calculado hay que incrementarlo, pues a los beneficios después de impuestos se le resta el salario del titular de la farmacia acorde al Convenio, su cuota de la Seguridad Social (régimen de autónomos).

Igualmente, de este estudio se deduce que un farmacéutico puede atender, en exclusiva, a 88 pacientes considerando un grado de ineficacia en el proceso del 0'6% (640 horas) durante un año.

La información sobre si se puede mantener este servicio es prolija, pero muy fácil de entender y seguir.

Dando por bueno que, un farmacéutico sólo, es el que va a mantener el proceso de dispositivos de ayuda al cumplimiento, y que 88 pacientes es el máximo susceptible de ser atendidos en horario laboral (todo a precio año 2000) resultaba que solamente las farmacias con facturación superior a 63.800.000 pesetas podrían hacer frente al desembolso.

Seguidamente y como final de este trabajo nos ofrece una reflexión y un consejo: “Estos datos hace pensar que el no solicitar una remuneración por el trabajo realizado impedirá la oferta global a la Administración, dando lugar a concertaciones individuales. Parece necesario la continuación de experiencias piloto para perfilar los valores de costo medio esperado por blíster”.<sup>162</sup>

## **8. 2. SISTEMAS PERSONALIZADOS DE REACONDICIONAMIENTO. PREPARACIÓN. FUNCIONAMIENTO. UTILIDAD. PRECIO**

Tras la exposición del trabajo de investigación realizado por Federico Moreno Izquierdo veamos cómo, poco a poco, llegaremos al protagonismo del servicio farmacoterapéutico realizado en la oficina de farmacia, a través de los dispositivos SPD.

Los dispositivos para organizar la medicación tenían un magnífico acogimiento en todos los hogares donde hubiera una persona polimedicada. Era considerado, en el núcleo familiar como útil y cómodo, se denominaban pastilleros, lo adquirían en las oficinas de farmacia a un precio asequible, cuando no regalado, los laboratorios farmacéuticos, a través de sus visitadores, dejaban en las oficinas de farmacia un número importante de ellos, y las farmacias lo regalaban a los pacientes. ¿Por qué tuvieron tan buena acogida? Pues por varios motivos: no eran desechables, eran cómodos, se preparaban en casa, quedaba organizada la medicación.

---

<sup>162</sup> Moreno Izquierdo, Federico. 2001. “Implementación de Dispositivos de ayuda al cumplimiento terapéutico en una farmacia comunitaria”. En *Pharmaceutical Care España*; 3:337-344. 2001.

En Cf.Internet. Manrex. Medication delivery systems. <http://www.manrex.com>

Estamos en un momento en el que los estudios de adherencia a través del diseño de dispositivos, genera gran esperanza.

En el número correspondiente a enero de 2008 de la publicación *Farmacia Profesional*, encontramos un artículo realizado por Juan del Arco y colaboradores, titulado: “Sistemas Personalizados de Dosificación. Funcionamiento”. En él se nos decía que el objetivo del artículo era la implantación de sistemas personalizados de dosificación (SPD) de una forma estandarizada y con la plena asunción de las responsabilidades que ello conllevaba.

Es un trabajo muy escueto formado por la exposición de puntos.

- Equipamiento necesario para preparar SPD. Se debe disponer de los siguientes elementos:

- . Zona de atención personalizada. Es una zona separada de la de dispensación, en la que se debe atender al paciente de manera reservada, para garantizar la confidencialidad de la entrevista.

- . Zona de almacenamiento. Se precisa un espacio donde ubicar la medicación de cada paciente individualmente almacenada e identificada para su custodia y conservación. Esta zona debe de estar segregada, de forma que no exista la posibilidad de confusión con otros productos de la farmacia.

- . Zona de acondicionamiento. La preparación de los dispositivos debe realizarse en un espacio específico, a ser posible separado del laboratorio de fórmulas magistrales. En caso de no tener espacio suficiente para separar las dos actividades, se puede trabajar en “campana” en el mismo entorno. -Aquí dedica una aclaración de lo que se entiende por trabajo en campana “el trabajo en campana consiste en utilizar un mismo espacio para realizar dos actividades diferentes en tiempos distintos-”.

La humedad adecuada para esta actividad debe ser del 40-60% y se debe controlar con un higrómetro.

La mesa de trabajo debe estar limpia y desprovista de cualquier elemento o producto que pueda interferir en el proceso o pueda inducir una contaminación cruzada. Sobre ella se colocará únicamente la medicación y el material necesario para la elaboración del SPD

- Material básico para la elaboración de un SPD, el material necesario es el siguiente:

- . Dispositivos (blísteres) debidamente homologados y certificados por el fabricante.
- . Máquina selladora para cerrar los blísteres una vez preparados, en el caso de que se opte por sellado en caliente.
- . Rodillo para cerrar los blísteres una vez preparados, en caso de sellado en frío.
- . Utillaje para fraccionar comprimidos (bandeja, cúter, etc.).
- . Pinzas, mascarilla, guantes.
- . Etiquetas.
- . Cubetas o recipientes similares, identificados con el nombre del paciente para la custodia y conservación de la medicación restante.
- . Sistema informático o manual para archivar la documentación que se genera.
- . El soporte que se utilice para archivar la información relativa a los pacientes debe contar con los sistemas de protección adecuados para garantizar la confidencialidad de los datos sobre salud (Ley Orgánica de protección de datos de carácter personal).

#### - Bibliografía

Es necesario disponer al menos de la Farmacopea Española y de los datos referentes a las especialidades con las que se va a trabajar: siempre que sea posible las fichas técnicas y, como mínimo, la información que se facilita en la base de datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos o el Catálogo de Medicamentos del año en curso.

#### - Proceso de preparación de los SPD

Deben realizarse una serie de pasos sucesivos y, aquí nos advierte que los pasos que él nos indica son una adaptación que ha realizado “del PNT del COF de Bizkaia” donde existía un paso previo que era la acreditación colegial que avala que se dispone de la formación adecuada para la prestación del servicio y garantiza la cobertura de los riesgos que conlleva su realización.

Información al paciente o persona responsable de la medicación.



Se debe informar claramente de los siguientes aspectos:

En qué consiste el SPD, mostrando un blíster de prueba para enseñarle su manejo.

Son innegables las ventajas que supone para el paciente., aunque el inicio le resulte engorroso. Le indicaremos que para acogerse a este servicio es imprescindible disponer en la farmacia de sus datos personales y farmacoterapéuticos. Le informaremos que para obtener esta información debemos realizarle una entrevista inicial a la cual deberá acudir con los medicamentos que emplea o ha empleado (y todavía tiene en casa), así como de los productos de fitoterapia, dieto terapéuticos, etc., que consume y la documentación médica de la que disponga (recetas, informes de alta etc.). Es obligatorio informar de que existe garantía total de confidencialidad, en aplicación de la Ley de Protección de Datos.

Que para facilitarle este servicio es necesario que deje en la oficina de farmacia los medicamentos que le dispensamos y que vayan a incluirse en los dispositivos.

Teniendo en cuenta que pueden ser personas con las capacidades disminuidas, es especialmente relevante asegurarnos de que la información que le hemos transmitido ha sido entendida correctamente.

Autorización del paciente, representante legal o persona vinculada o responsable del centro sociosanitario.

Para poder realizar el SPD se precisa la autorización firmada del paciente o representante (legal o de hecho) en caso de incapacidad. El modelo de autorización debe dejar constancia de que:

¿Conoce el SPD?

Es consciente de que es un servicio que se ofrece como un acto posterior a la dispensación.

Autoriza a que el resto de la medicación quede en depósito en la oficina de farmacia.

Sabe que puede renunciar al servicio libremente cuando quiera.

Tiene que informar inmediatamente al farmacéutico de cualquier cambio en su medicación.

Asimismo, se debe incluir la firma del farmacéutico y mencionar que se compromete a:

No hacer uso de los datos personales y de salud sin el consentimiento del paciente, según establece la Ley Orgánica de Protección de Datos.

Realizar correctamente el proceso.

Custodiar la medicación restante, que queda depositada en la oficina de farmacia.

Avisar al paciente con la mayor prontitud posible ante cualquier eventualidad que invalide un blíster (retirada del medicamento, retirada del lote, etc.).

Informar y aclarar al paciente cualquier duda que surja.

Entrevista con revisión de la bolsa de medicamentos.

Esta entrevista debe realizarse en la zona de atención personalizada y comienza con la revisión de la bolsa de medicamentos y de la documentación médica que facilite (recetas, informes de alta, etc.).

En ella se obtienen los datos personales, de consumo de medicamentos y de salud necesarios para llevar a cabo el seguimiento. Además debemos aprovechar para intentar identificar los posibles factores que afectan a la falta de adherencia e intentar establecer una cooperación farmacéutico-paciente para superarlos, en la que el SPD será el elemento principal pero no el único. No debemos olvidar que la comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes es crucial para mejorar el cumplimiento.

Revisión del tratamiento y control de posibles PRM; en el caso de detectarlos, se registra y se inicia la intervención farmacéutica correspondiente.

- Comunicación con el médico responsable.

Opina que la Atención Farmacéutica era un proceso que no lo prestamos con la independencia de otros servicios asistenciales, sino en colaboración con los médicos y otros profesionales sanitarios, y comenta que de hecho, en ocasiones era el médico quien solicitaba se facilitara un SPD a un determinado paciente. Esta colaboración del médico la considera necesaria cuando un paciente comienza con este servicio pues es preciso nos confirme la información sobre su medicación, obtener su colaboración ante cualquier eventual modificación en el tratamiento y establecer un canal de

comunicación para posibles incidencias. Aquí nos indica que el tratamiento médico debe constar por escrito y ser firmado por el médico.

- Preparación de la medicación y elaboración del SPD.

Antes de iniciar la preparación nos advierte que debemos tener descartados o resueltos los posibles PRM y confirmada la medicación con el médico, completaremos la información en la ficha del paciente para poder consultarla siempre que se precise. Ya podremos comenzar la elaboración del SPD, dando los pasos que a continuación nos señala:

- Organización de la zona de trabajo. Tras comprobar que la humedad se sitúa entre el 40-60% y registrar el valor, se coloca en la mesa de trabajo:

La ficha del paciente y la hoja de control del proceso.

Los medicamentos a emblistar.

- El utillaje necesario (idéntico a la descripción hecha anteriormente)
- Preparación de los blísteres.

Separación de la medicación acondicionable de la que no lo es. En estos dispositivos es posible acondicionar formas farmacéuticas sólidas destinadas a la vía oral, con excepción de comprimidos efervescentes, solubles, dispersables y sublinguales (Estos comprimidos pueden emblistarse si en lugar de sacarlos del envase original, nos limitamos a recortarlos); granulados, polvos, sobres, medicamentos que precisan conservarse en frigorífico.

Nos advierte de que algunos autores recomendaban que no se emblistasen juntos los comprimidos no recubiertos ni los que contuvieran antibióticos.

Indica que también había algunas listas de medicamentos que no debían emblistarse y para conocerlos remite al número correspondiente en la bibliografía.

- Llenado de los blíster.

Para el llenado recomienda se sigan las instrucciones facilitadas por el fabricante. Indica no conviene que se produzcan interrupciones en el proceso para minimizar las posibilidades de error.

#### - Cierre del blíster.

Puede hacerse en frío por simple presión o en caliente por termosellado, pero indica que en ambos casos se seguirán las instrucciones del fabricante. Una vez completada esta fase, se comprobará visualmente el cierre y la ausencia de imperfecciones.

#### - Etiquetado

El etiquetado, en su opinión, debe hacerse inmediatamente después del cierre para evitar posibles confusiones. Indica que, generalmente se utilizaban tres tipos de etiquetas:

- . Etiqueta identificativa, que se debía colocar en la cara anterior e incluía los siguientes datos: nombre y teléfono de la farmacia, nombre del paciente, número de blíster SPD, también puede incorporarse la fotografía o un pictograma que ayude a distinguir fácilmente los blíster en caso de que convivan varias personas que utilizan estos dispositivos. Fecha de inicio y fin de la utilización del blíster.
- . Etiqueta en la que se informa sobre la medicación no incluida en el blíster, indicando que podría ser una tabla como la que él exponía allí mismo.
- . Etiqueta en la que se informa de la medicación contenida en el blíster y también facilitaba un ejemplo.

#### -Verificación

Una vez finalizado el proceso de elaboración, se debe comprobar que cada alveolo contiene los medicamentos que le corresponden y que los datos incluidos en las etiquetas coinciden con el tratamiento que debe recibir el paciente. Esta verificación debe realizarla siempre un farmacéutico y es recomendable que no sea el mismo que ha preparado el blíster.

#### - Entrega del SPD

Cuando se va a entregar por primera vez un dispositivo debemos, previamente, facilitar al paciente o persona responsable de la medicación otro de muestra para que extraiga el contenido de uno de los alvéolos y podamos observar si lo utiliza bien. Además, le entregaremos los prospectos de los medicamentos para que los conserve mientras dura el tratamiento y pueda consultarlos si lo precisa.

- . Debemos recordarles la necesidad de guardar el blíster en un lugar fresco, seco, protegido de la luz y fuera del alcance de los niños, evitando las estancias con cambios bruscos de temperatura y humedad (baños, cocinas, etc.).

- . Seguimiento

Cada vez que vayamos a preparar un nuevo blíster es necesario comprobar si se han producido cambios en el tratamiento y registrar los que se hayan producido en la ficha del paciente.

- Conclusiones

- . La preparación de SPD es un acto posdispensación para el que es necesaria la autorización del paciente.

- . El SPD es una herramienta de AF que conlleva actuaciones orientadas a la prevención, identificación y resolución de PRM.

- . Para elaborar correctamente los SPD es imprescindible la colaboración del médico que ha prescrito los tratamientos.

- . Es necesario disponer de un PNT y rellenar una serie de documentos de control del proceso y otros destinados a informar a los pacientes que los utilizan.

- ¿Qué es un sistema personalizado de dosificación?

Un SPD es un dispositivo con una serie de compartimentos donde se distribuye la medicación que ha de tomar un paciente durante un tiempo determinado. Dado que algunos de los principios activos más utilizados deben conservarse en envases con cierres herméticos, es necesario utilizar dispositivos homologados y con un alto grado de hermeticidad. La USP XXIV establece que los envases para SPD deben cumplir con los requerimientos de permeación a la humedad establecidos para la Clase B. En este punto nos remite a la aclaración que hacen, donde nos indica que las categorías se establecen en función de los resultados de estudios gravimétricos en condiciones extremas ( $75 \pm 3\%$  de humedad relativa y  $23 \pm 2^\circ\text{C}$ ).

Clase A: incremento  $\frac{3}{4}$  0'5mg.

Clase B: incremento  $\frac{3}{4}$  5mg.

Clase C: incremento  $\frac{3}{4}$  20mg.

Clase D: incremento  $> 20\text{mg}$ .

La normativa legal ordena, que los medicamentos deberán dispensarse, y es fundamental, respetando la integridad del acondicionamiento primario para garantizar al usuario que el medicamento mantiene la composición, calidad y cantidad del producto envasado por el laboratorio.

Por eso, es importante aclarar que la preparación del SPD es un servicio posterior a la dispensación, para cuyo acondicionamiento es imprescindible obtener la autorización del paciente para conservar en la farmacia los medicamentos dispensados y para utilizarlos rellenando los dispositivos.

Nos insiste que es fundamental disponer de un procedimiento normalizado de trabajo para la elaboración de SPD, y que el seguro de responsabilidad civil profesional, incluya su cobertura siempre y cuando se desarrolle conforme a ese procedimiento.

Nosotros lo comprendemos, pero tenemos que convencer, a quien lo reciba y a quien nos juzgue, que la preparación de un SPD va mucho más allá de rellenar compartimentos, lleva incluidas una serie de actuaciones orientadas a la prevención, identificación y resolución de PRM, que es una de nuestras prioridades como farmacéutico de oficina de farmacia. De esta manera, el SPD facilita la administración de los medicamentos y mejora el cumplimiento y, gracias a la subsiguiente atención farmacéutica que se realiza, comporta que tendrán un seguimiento farmacoterapéutico.

Completando cuidadosamente todos los pasos del proceso y cumpliendo los requisitos, los SPD pueden ser un recurso de primera magnitud para disminuir la morbilidad relacionada con los medicamentos y mejorar la calidad de vida de los pacientes polimedicados.<sup>163</sup>

En 2009 la publicación *Farmacéuticos Comunitarios* nos presenta un trabajo titulado “Cumple con SAM”, sus autores son tres farmacéuticos comunitarios ejercientes en Valencia y ellos mismos nos presentan su trabajo “El estudio Cumple con SAM ha merecido la confianza del Ministerio de Sanidad y Consumo, que lo ha subvencionado como programa específico orientado al desarrollo de las estrategias del Sistema Nacional de Salud. Se presentó en el VI Congreso Nacional de Atención Farmacéutica, Sevilla octubre de 2009, donde se le otorgó el Premio a las Mejores Iniciativas en Farmacia 2008, de *Correo Farmacéutico*.”

---

<sup>163</sup> Del Arco, Juan; Nuñez, Jesús; Saenz de Buruaga, Sonia. 2008. “Sistemas Personalizados de Dosificación. Funcionamiento”. En *Farmacia Profesional*. Vol. 22. Nº 1: pag. 36-40. Enero 2008

Tras esta presentación, pasan a comentar que pacientes con varios tratamientos de forma crónica, la edad, la disminución de su capacidad funcional, los hacían protagonistas del incumplimiento. Tras indicarnos la definición de cumplimiento (idéntica en todo trabajo o texto que maneja), pasan a la medición del cumplimiento (algo que consideran no ser fácil ni exacto) a través de los métodos directos e indirectos; de los directos concretan que cuantifican el fármaco (metabolitos, marcadores incorporados, fluidos orgánicos) no aplicables a la práctica clínica de la oficina de farmacia; los métodos indirectos, sencillos, baratos, no reflejan la conducta del enfermo.

Generalmente, llevan a que se sobrestime el cumplimiento y se basan en el recuento de comprimidos o en la entrevista clínica, esta circunstancia posibilita una buena relación con el paciente; llegados a este punto indican que una buena herramienta que tienen las farmacias son los Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD), con distintos programas para su realización según la zona geográfica de España, que estaban dando muy buenos resultados con pacientes polimedicados.

También destacan un estudio realizado en las oficinas de farmacia portuguesas que utilizaban un método novedoso de medición del cumplimiento en el que el fármaco se colocaba en un frasco que solo debería abrirse para la toma del medicamento, para eso, en la tapa, se había colocado un microchip que registraba la fecha y la hora en que el frasco se abría y cerraba y los resultados mostraban mejor la adherencia.

Tras estas exposiciones nos introducen en su tema principal, resultado de su trabajo; los tres farmacéuticos valenciano, recientemente, habían puesto en mercado un Sistema de Administración de Medicamentos (SAM) portable y de pequeño tamaño, que consistía en un reloj con alarmas programables y varios compartimentos donde colocar las formas farmacéuticas de los medicamentos.

El primer paso, en la valoración del SAM, era la utilidad de los dispositivos multi-compartimentales de ayuda al cumplimiento en opinión de los pacientes. Su tamaño era similar a un paquete de tabaco y, entre paréntesis indicaban: 10 cm. de ancho, 6 cm. de alto, 3 cm. de grosor; continúan la descripción diciendo estaba construido en material plástico, “como si fuera un libro de dos partes”, la parte izquierda era un reloj con una pantalla en la que figuraba la hora y los minutos, los botones necesarios para la configuración y programación de la hora; 5 alarmas y una cuenta atrás. La parte derecha, de mayor grosor, tenía 5



compartimentos numerados, destinados a contener la medicación que el paciente debía tomar.

Seguidamente se diseñó un estudio descriptivo de opinión en el que participaron 43 farmacéuticos comunitarios que ejercían en 26 oficinas de farmacia ubicadas en 5 provincias: Coruña; Barcelona; Castellón; Madrid; Valencia.

Después de la prueba piloto, se hizo una encuesta a los pacientes resultando que un 77% opinó que con el SAM no se le olvidaba (antes de realizar la prueba se les hizo la misma pregunta y respondió el 13% ,que no se les olvidaba) pero ,ellos mismos, reconocían que al ser solo 15 días los sometidos a la prueba, tal vez era un tiempo demasiado corto y el paciente contestaba condicionado por la novedad y, como las encuestas de valoración eran realizadas por el propio farmacéutico estarían sobrevaloradas para agradar al entrevistador; por ello se realizó un nuevo estudio piloto, si bien la duración fue también, de quince días.

El estudio se realizó entre el 14 de julio y el 10 de noviembre de 2008. El protocolo seguido fue:

- . 1º, la selección de pacientes, que lo hizo cada farmacéutico participante, entre los que habían pasado positivamente el test de Morinsky – Green;
- . 2º, explicar en qué consistía el estudio y proponerle participar;
- . 3º, aceptar participar en el estudio;
- . 4º, incluirlo en el estudio, darle el dispositivo SAM, firmar el consentimiento informado, rellenar datos del paciente en el modelo dispuesto para ello, modelo de hoja para la recogida de datos, dar carta de presentación al estudio, registrar los medicamentos e introducirlos en el SAM, explicar reposición del SAM, comprobar que el paciente conoce la información básica sobre los medicamentos, programar SAM.
- . 5º, citar en 15 días;
- . 6º, rellenar encuesta de satisfacción;
- . 7º, mandar documentación;
- . 8º, procesamiento de datos y tratamiento estadístico;
- . 9º, información de resultados;
- . 10º, difusión de los resultados.

En esta ocasión tuvieron 302 encuestas. De los pacientes seleccionados, un 54% eran mujeres y la media de edad de los participantes era de 65 años.

Un 22% manifestó no poseer estudios y del resto, el 42% con estudios primarios. Un 27% vivían solos y un 5% con un cuidador.

Finalmente, como se les había citado a los 15 días, se preparaba la hoja de recogida de datos y se realizaba la encuesta de opinión.

Al pie de la hoja se indicaba al paciente “El SAM es gratuito para usted, pero si tuviera que pagarlo ¿Cuánto estaría dispuesto a pagar?”, y se ofrecían 5 casillas en las que figuraba: NADA; Hasta 5 euros; Hasta 10 euros; Hasta 20 euros; Hasta 50 euros.

Las respuestas indicaron: NADA, 76, (25,2%); 5 euros, 88, (29,1 %); 10 euros, 106, (35,1 %); 20 euros, 22, (7.3%); 50 euros, 8, (2,6 %).

En ese momento el SAM resultó satisfactorio para los pacientes como sistema de administración de medicamentos por la mejora en la adherencia en la medida en que disminuía los olvidos sirviéndoles de recordatorio. De hecho, para un 91% de los encuestados lo encontraron útil, el resto muy útil, e incluso imprescindible.

También manifestaron sus “pegas”: problemas de diseño mejorables, como tamaño, cierta dificultad en la apertura, y la baja intensidad del sonido.<sup>164</sup>

Aceptado por los farmacéuticos de oficina de farmacia la responsabilidad de ofrecer a los pacientes el servicio de SPD, aparecieron en el horizonte del profesional un sinfín de dudas e inquietudes.

Consciente de ello, la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC), en el año 2011, diseñó una investigación con intención de solucionar, uno de los posibles problemas.

El objetivo del estudio, según indican, era determinar cada cuanto tiempo se producía un cambio en la medicación (CM= Cambio Medicación) del paciente mediante los datos registrados en la preparación de los sistemas personalizados de dosificación (SPD).

---

<sup>164</sup> Escribá Martí, Patricia; Salar Ibañez, Luis; Baixaulí Fernández, Vicente J. 2009. “Mejoras del cumplimiento terapéutico. Estudio “Cumple con Sam”. En *Farmacéuticos Comunitarios* Vol.1.Nº 2: pag.52-58. 2009

Titularon la investigación “Cambios en la medicación del paciente: análisis de su cadencia en la preparación de sistemas personalizados de dosificación”.

Respecto al “material y “métodos”, indican que para cada paciente al que se preparaba un SPD, con los que se mantenía un contacto semanal para la entrega del mismo, se había registrado cada CM, entendiendo como tal la supresión, adición, o alteración de la pauta y /o posología de uno o más medicamentos tomados por el paciente, estén o no emblistados en el SPD. Además, se había anotado al médico prescriptor de esos cambios, su especialidad y ámbito de trabajo.

Los resultados fueron obtenidos por el seguimiento de un total de 17 pacientes, durante un periodo de tiempo variable según su incorporación al estudio, que había comenzado en julio de 2011 y finalizado en agosto de 2012.

En este periodo se registraron un total de 55 CM, cuyo análisis reflejó un tiempo mediana en el CM de 44 días. Concluyeron que la función de riesgo era máxima a las 36 semanas con una tasa de incidencia de 0,35 CM por semana y paciente. Los prescriptores de los cambios fueron médico de cabecera (49,1%), el médico especialista en visita programada (45,5%) y el médico de servicio de urgencia del hospital (5,6%).

En la discusión plantean que el dato obtenido en este trabajo (mediana de CM de 44 días) podía ser utilizado para la planificación de las citas en el servicio farmacoterapéutico (SFT), de forma que podemos apuntar como mes y medio el tiempo en que éstas deben ser programadas para un adecuado registro, minimizando así el sesgo de memoria y permitiéndonos intervenir de forma rápida en el análisis de dichos cambios.

En las conclusiones indicaban que el tiempo mediana en que se produce un CM es de 42 días, con una tasa de incidencia máxima a las 36 semanas, de 0,35 CM por semana y paciente. Los médicos de cabecera son los

prescriptores del 49,1% de los CM, seguidos de los especialistas de visita programada (45,5%).<sup>165</sup>

En enero de 2011 la revista *Pharmaceutical Care España* publica un trabajo de Eduardo Mariño, en la sección Informes y Opiniones, titulado “Sistemas Personalizados de Dosificación: una herramienta para la práctica profesional sanitaria en la atención farmacéutica”.

En el que manifestaba una cierta extrañeza porque “han surgido algunas opiniones, incluso sorprendentemente desde el ámbito farmacéuto, contrarias a una práctica bastante extendida como es el uso de los conocidos como sistemas personalizados de dosificación (SPD) que el farmacéutico realiza después del acto de la dispensación”.

Otorga una gran importancia al SPD pues dice que para los farmacéuticos suponía una, muy limitada, inversión económica en material y utillaje, una pequeña, aunque necesaria formación y acreditación, y un “considerable incremento en la adquisición de responsabilidad y recuperación de prestigio social”, suponiendo este servicio unas ventajas indiscutibles para los pacientes y para los propios Sistemas de Salud.

El interés que mueve a Mariño para presentar este trabajo es su deseo de la posible ayuda a la “real e integral” implantación de la atención farmacéutica en la que, confiesa, se venía ocupando hacía unos 20 años.

En primer lugar, le parecía importante centrarse en los Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD), aclara no estaba hablando de sistemas de reenvasado ni de otros tipos de acondicionamiento como las tiras termosellables, ni tampoco de sistemas personalizados de dispensación, por más que pudieran utilizarse para tal fin.

---

<sup>165</sup> Espejo Guerrero, J.; Espejo Marin, O. 2012. “Cambios en la medicación al paciente: análisis de su cadencia en la preparación de sistemas personalizados de dosificación”. En *Farmacéuticos Comunitarios*. Vol.4. Suplemento 1. 2012.

Cf.Internet <https://www.farmaceticoscomunitarios.org>journal-articles>cambios-medicacion>

Este servicio, es una herramienta que, con el consentimiento del paciente, una vez dispensado el medicamento, le va a ser de gran ayuda para cumplir el tratamiento prescrito y facilitará al farmacéutico a realizarle un correcto seguimiento farmacoterapéutico.

También esta herramienta, indica Mariño, será muy útil para ayudar al paciente a cumplir el esquema terapéutico cuanto más compleja resulte la prescripción ya sea por las características de la medicación (politerapia) como por las características del paciente.

Conociendo sus investigaciones centradas en el medicamento, no encontramos nada raro que, después de proporcionarnos datos de faltas de cumplimiento del tratamiento, va directamente a su idea de garantizar la integridad del medicamento y su estabilidad, lo primero que indica es que los SPD son sistemas herméticos, y tenemos que garantizarlo.

Tras presentarnos los resultados de trabajos de investigación realizados por su grupo de colaboradores (en los que los pacientes geriátricos protagonizan muchos de estos trabajos ya que es un colectivo que ofrece un gran interés por su politerapia, cronicidad, falta de cumplimiento, etc) indicándonos, que el primer estudio para comprobar la hermeticidad correspondía a un informe realizado en marzo de 2004 de acuerdo con lo prescrito en la *Farmacopea de Estados Unidos* (USP XXIV) en cuyo apartado 671 (containers permeation) se explicitaba el método para determinar la permeabilidad a la humedad de envases destinados a contener una unidad, y envases para una dosis única de cápsulas y comprimidos. Los resultados obtenidos para el tipo de SPD “con el que más tarde seguimos trabajando”, indica, fueron satisfactorios por eso, dice, se pueden incluir en lo que la farmacopea americana denominaba Clase B, a la que considera adecuada para estos sistemas. Basándose en su propia experiencia consideraba que esos estudios eran imprescindibles para cualquier SPD y deberán realizarse con una metodología tan concreta y rigurosa como la de la farmacopea americana.

Antes de continuar exponiendo los dos estudios realizados manifiesta, “queríamos indicar muy esquemáticamente algunas anotaciones previas:

1. En nuestro ámbito de conocimiento, distinguimos entre fármaco o principio activo y medicamento, de manera que, de una forma simplista, el fármaco o principio activo más los excipientes y más la tecnología de proceso, proporcionan el medicamento.”

Sus indicaciones comprenden 6 anotaciones y solo nos hemos centrado en la primera pues consideramos importante conocer esa situación. Las otras cinco son aclaraciones sobre lo realizado en la investigación y el método.

Sus dos estudios habían tenido como objetivo comprobar la estabilidad química de dos fármacos o principios activos. El primer estudio de estabilidad química se realizó con omeprazol y finalizó en 2007, el segundo realizado con enalapril había finalizado en 2010; en ambos casos utilizaron medicamentos genéricos proporcionados por Laboratorios Mylan.

Los tres estudios realizados sobre los SPD, el de hermeticidad y los de estabilidad química de los dos principios activos en los SPD, nos indica fueron presentados en el Congreso Nacional Farmacéutico celebrado entre los días 20 y 22 de octubre de 2010.

Aconseja que para que no haya ninguna duda, consideraban era conveniente efectuar más estudios como estos, para comprobar la hermeticidad del sistema y para comprobar que los medicamentos que en él se puedan disponer presentan una correcta estabilidad química, todo ello con los criterios científicos actuales del momento en que se estén realizando, y aplicables al caso.

Sin duda Mariño, en su papel de investigador y de docente desea que comprendamos la importancia real de los SPD y a su vez lo mejorables que son, por eso termina su exposición indicándonos: “Tal como hemos puesto de manifiesto en este artículo, para nosotros esto no es una simple ocurrencia, sino algo en lo que venimos ocupándonos desde hace ya bastantes años en el ámbito académico-universitario, intentando prestar

soporte a una iniciativa que surge en el campo profesional y dar respuesta a una problemática cada vez más generalizada.<sup>166</sup>

El día 8 de marzo de 2011, en la página web de SEFAC (Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria) en la sección SEFAC al día, se nos ofrece la intervención de la entonces presidenta de SEFAC Cataluña (Francisca Moreno) en una mesa redonda que analizaba la evolución de los SPD, celebrada el día 3 de marzo en el Congreso Europeo de Oficina de Farmacia de Barcelona (INFARMA 2011), titulada “Apuesta por “asegurar el futuro” de los SPD pensando en la remuneración del servicio”.

Fiel a sus raíces, Moreno, nos recuerda que apenas hacía una década, fueron algunas farmacias de Barcelona quienes lo implantaron a comienzos de siglo, y considera había sido tiempo suficiente para confirmar las ventajas de los Sistemas Personalizados de Dosificación, tanto pensando en el sistema sanitario en general (ahorrando costes por el mejor uso de los medicamentos) como pensando en los propios pacientes (facilitando y asegurando la toma de su medicación) e incluso a los farmacéuticos ayudándoles al seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes y acercándolos al médico en torno a este sistema. Ante la evidencia de los resultados, manifestó la ponente “es aún más importante luchar por su futuro”.

Pero quedaba otra cuestión, ¿por donde pasa ese futuro?, en su opinión pasaría “por convertirlo en un servicio presente en todas las farmacias comunitarias y, sobre todo, que las autoridades sanitarias no sigan estirando al máximo la altruista voluntad que en todos estos años han mostrado los farmacéuticos ofreciendo este servicio sin recibir nada a cambio”. Por eso, decía Moreno, un gesto para afianzar el servicio en el futuro, frente a la voluntad, tal vez limitada, sería su remuneración; nunca con la intención de convertirlo en una fuente de ingreso, sino como contraprestación a los costes que genera la puesta en marcha y realización de un SPD.

Insiste en que “es un sistema que exige un mayor tiempo y dedicación que la dispensación tradicional de medicamentos. Hay que entrevistar al

---

<sup>166</sup> Mariño Hernandez, Eduardo L. 2011. “Sistemas personalizados de dosificación: una herramienta para la práctica profesional sanitaria en la atención farmacéutica”. En *Pharmaceutical Care España*. 2011; 13 (1): 30-37. 2011.



paciente, analizar los fármacos para evitar duplicidades o posibles reacciones adversas, una manipulación, etiquetado y control de calidad, comprar los blísteres, etc...”, recuerda, un proceso, en definitiva, “que va asociado directamente a un gasto económico que a día de hoy nadie nos compensa”.

También nos indican que otros participantes de esa mesa redonda (representes de Colegios, de Universidades) manifestaron que “el futuro de un servicio como el SPD es un tanto incierto si no empezamos a recibir nada a cambio por parte de las administraciones”, también opinaban que sería un error echar por tierra un servicio “que ha ayudado a reivindicar la posición del farmacéutico comunitario dentro de la cadena asistencial y ha permitido un trabajo conjunto de toda la cadena asistencial en el objetivo de mejorar el cumplimiento terapéutico del paciente”.<sup>167</sup>

En 2013, tenía el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos una composición, en su equipo, que eran trabajadores natos, de cuyas actuaciones, ahora (2019) aún nos estamos beneficiando, En la organización del equipo, dos nombres femeninos: Presidenta: Carmen Peña; Secretaria: Ana Aliaga, y sus grupos de trabajo. Concretamente el grupo de trabajo responsable del SPD, entre los meses de julio y septiembre de 2013, normalizaron los Sistemas Personalizados de Dosificación y su entorno cuyo contenido se mantiene, solamente se ha recogido, en la última revisión, lo legislado en 2015.

Así vemos como en Madrid, tras las oportunas reuniones se aprueba por el Pleno del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos la difusión del documento *Sistemas Personalizados de Dosificación* el día 22 de mayo de 2013. En “Nota Importante”, deja claro “este manual se plantea como un documento de mínimos” a la hora en que los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, redactasen su propia norma, ya que deberían

---

<sup>167</sup> Moreno Francisca. 2011. “Apuesta por “asegurar el futuro” de los SPD pensando en la remuneración del servicio”. Mesa redonda: Evolución de los SPD. 3 de marzo 2011. Congreso Europeo de Oficina de Farmacia INFARMA. Barcelona. 2011.

Cf. Internet <https://www.sefac.org/sefac-al-día/la-presidenta-de-sefac-catalunya-apuesta-por-asegurar-el-futuro-de-los-spd-pensando-en..>

contemplar lo recogido en el documento del CGCOF, pero adaptado según el contexto particular de cada uno.

El Sumario nos expone.

-Generalidades:

- . Objetivo.
- . Alcance y ámbito de aplicación.
- . Criterios de inclusión.
- . Responsabilidades.
- . Equipamiento.

-Especificación del Proceso

- . Información sobre el Sistema Personalizado de Dosificación.
- . Autorización del paciente.
- . Entrevista inicial y cumplimentación de la ficha del paciente.
- . Transcripción de los datos al programa informático o recopilación manual.
- . Revisión del tratamiento y detección de posibles PRM/RNM.
- . Continuación del tratamiento
- . Preparación de los dispositivos.
- . Control de la elaboración.
- . Entrega al paciente.

-Situaciones especiales.

Hasta aquí, el texto que tiene 12 páginas, contiene una “Nota Importante”, “Los siguientes anexos constituyen propuesta y ejemplos para desarrollar los SPD. En la página 13, empiezan los anexos.

Anexo A. Esquema de Procedimiento Normalizado de Trabajo.

Anexo B. Modelo documento de autorización y consentimiento informado.

Anexos C. C1 ficha del paciente, cara anterior. C2 ficha del paciente, cara posterior.

Anexo D. Modelo de carta dirigida al médico.

Anexo E. Etiqueta adherida al anverso del SPD.

Anexo F. Etiqueta adherida al reverso del SPD,

Anexo G. Hoja de control del proceso de preparación del SPD.

Anexo H. Lista de comprobación para la primera parte: Paciente; fecha de entrega; número registro del blíster; fecha previsible segunda entrega.<sup>168</sup>

No hemos entrado en la exposición del contenido de este documento del día 22 de mayo de 2013, pues el día 19 de septiembre de 2013, en la sede del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos tuvo lugar una Jornada de Trabajo sobre Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD), y en ese encuentro se presentó el documento *Procedimiento Normalizado de Trabajo sobre Sistemas Personalizados de Dosificación*, destinado a lograr un uso homogéneo de esa prestación que consideraban imprescindible para la cartera de servicios de la oficina de farmacia; elaborado por el Grupo de Trabajo de Sistemas Personalizados de Dosificación del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

La Jornada de trabajo consistió en la celebración de dos mesas redondas para facilitar aunar la opinión de los constituyentes del Grupo de Trabajo:

- Mesa redonda “Sistemas Personalizados de Dosificación y Sociedades Científicas”, representación de SEFAC y de la Fundación Pharmaceutical Care.
- Mesa redonda “Sistemas Personalizados de Dosificación y Colegios Profesionales de Farmacéuticos”, representación Colegio de Huelva; Consejo de Colegios Farmacéuticos de Cataluña; Colegio de Valencia; Colegio de Guipuzkoa; Colegio de Cáceres ; Colegio de Murcia.

Concluida la sesión se aprobó el documento.

El pleno del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos aprobó la difusión de este documento en su sesión de 22 de septiembre de 2013. También se informó que en los próximos meses se organizaría un curso gratuito online para farmacéuticos, enmarcado dentro del Plan de Acción impulsado por el CGCOF, en colaboración con SANOFI.

Incluye una “Nota importante: El presente manual se plantea como un documento de mínimos a la hora de establecer los procedimientos para la

---

<sup>168</sup>Cf. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2013. *Sistemas Personalizados de Dosificación*, Versión 12, 10.05. 2013

Cf. [www.portalfarma.com](http://www.portalfarma.com)>organizacionfcolegio>Documents>SPD-2013-4

realización del Servicio de elaboración de Sistemas Personalizados de Dosificación. Cada Colegio Oficial de Farmacéuticos contará con su propio PNT que, al menos, deberá contemplar lo recogido en el presente documento, pero que se adaptará según el contexto particular de cada uno.”

Este documento inicia su contenido exponiéndonos, *Procedimiento Normalizado de Trabajo*; en el que nos dice que el objetivo principal del Sistema Personalizado de Dosificación (SPD), era contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico. Para ponernos en situación nos reproduce “la Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios establece en su artículo 84.1: *En las oficinas de farmacia, los farmacéuticos, como responsables de la dispensación de medicamentos a los ciudadanos, velarán por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico responsable del paciente en la prescripción, y cooperarán con él en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar su eficacia y seguridad. Asimismo, participarán en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos, en particular a través de la dispensación informada al paciente. Una vez dispensado el medicamento podrán facilitar sistemas personalizados de dosificación a los pacientes que lo soliciten, en orden a mejorar el cumplimiento terapéutico, en los tratamientos y con las condiciones y requisitos que establezcan las administraciones sanitarias competentes.*”

En las Generalidades, comienza explicándonos que el “Objetivo” era definir y establecer el proceso de reacondicionamiento de los medicamentos en un dispositivo multicompartimental, de un solo uso, de forma personalizada (SPD) para cada paciente con el fin de asesorarle asegurando la utilización correcta (vertiente asistencial) y una correcta preparación (vertiente técnica).

El segundo punto de las Generalidades era “Alcance y ámbito de aplicación”, y nos indica, es aplicable a todo medicamento que por sus características físicoquímicas y galénicas, con o sin su acondicionamiento primario, puedan permanecer estables en el SPD el tiempo previsto para su utilización. De aquí que se publicase una lista de medicamentos no aptos para SPD.

El punto tercero de Generalidades era “Criterios de inclusión”, pacientes con problemas que denoten la conveniencia de ofrecerle el SPD por ejemplo, pacientes polimedicados con problemas de organización de los medicamentos, que viven solos sin una persona de referencia, etc. Pacientes a quien el médico prescriptor considere puede beneficiarse de esta prestación asistencial.

El cuarto apartado “Responsabilidades”, requiere mucha atención. El farmacéutico titular de la oficina de farmacia es responsable del programa SPD. Dentro de la estructura de la oficina de farmacia debe haber un farmacéutico acreditado responsable del control de SPD tanto a nivel asistencial como técnico. Podrá participar en la elaboración el titulado Técnico en Farmacia, pero la comprobación final ha de ser verificada por un farmacéutico.

Debemos incluir en nuestro seguro de responsabilidad civil esta modalidad de trabajo, para que lo cubra. Una vez entregado al paciente, la responsabilidad sobre la conservación y almacenaje de los SPD corresponde al paciente o a su cuidador.

El punto quinto se refiere al “Equipamiento”, y nos indica; las farmacias en las que se quiera realizar el SPD deberán disponer de:

- . Zona de atención personalizada
- . Zona de preparación y reacondicionamiento.
- . Zona de almacenamiento
- . Material básico para la elaboración del SPD
- . Bibliografía

Coincidiendo plenamente con lo indicado por Juan de Arana en su trabajo anteriormente comentado por nosotros, indican:

“Zona de atención personalizada”: zona reservada para atender a los pacientes garantizando su confidencialidad.

“Zona de preparación y reacondicionamiento”: Los dispositivos se prepararán en un espacio específico para la realización de los SPD en la farmacia, exclusivamente dedicado a su preparación, si no es posible, se trabajará en otro sitio utilizado en primera instancia para otro propósito que tenga las mismas condiciones necesarias para SPD; dispondrá de una mesa de trabajo de material liso y sin grietas, de fácil limpieza y desinfección,

evitando contaminaciones cruzadas; y el SPD, no se podrá simultanear en este espacio con cualquier otra práctica.

“Zona de almacenamiento”: habrá un espacio dedicado a la ubicación de la medicación del paciente, contendrá una serie de recipientes identificados con el nombre del paciente, destinado a la custodia y conservación de la medicación.

“Material básico para la elaboración de los SPD”: en relación con los dispositivos será preciso:

El blíster adecuado: Han de estar homologados y certificados por el fabricante.

Máquina selladora o rodillo para cerrar los dispositivos una vez preparados.  
Etiquetas para su inclusión en el blister SPD.

En relación con la elaboración se necesitará material para la manipulación de los medicamentos como pinzas y guantes (procura evitar el látex por posibles pacientes con alergia). Utillaje necesario para fraccionar comprimidos (cúter, bandeja...). Mascarillas y cubre cabezas en caso de ser necesario.

Relativo al almacenamiento e información, se precisaran cubetas identificadas con el nombre del paciente; carpeta para archivar la documentación del paciente: su ficha con el tratamiento, posología, duración etc., de todos los medicamentos que esté tomando el paciente. También se archivará en la carpeta la ficha de elaboración del SPD de esa semana/mes con los medicamentos susceptibles de inclusión en el SPD.

Debemos archivar, a través de un sistema informático o manual, la documentación que se genera; en el caso de utilizar soporte informático contaremos con los sistemas de protección necesarios para garantizar la confidencialidad de los datos sobre su salud. (LOPD).

En relación al procedimiento nos ceñiremos a los PNT necesarios para elaborar el SPD.

“Especificaciones del proceso”: Bajo este epígrafe se nos indican los nueve pasos que conducen a la entrega al paciente de su SPD.

.1. Información al paciente sobre el servicio de SPD que le estamos ofreciendo. Tras describírselo le facilitaremos un blíster muestra para enseñarle su manejo y que vaya cogiendo la destreza necesaria. Necesitaremos disponer de sus datos farmacoterapéuticos actualizados y le diremos tiene la obligación de comunicar cualquier cambio en el tratamiento. Le daremos total garantía de confidencialidad por parte del farmacéutico.

Necesitaremos una autorización del paciente, persona responsable o representante legal. Le manifestaremos que con suficiente antelación debemos disponer de las recetas de los medicamentos que se incluyen en el SPD y no necesitará la tarjeta individual sanitaria (TIS) para aquellas CC.AA. con eReceta.

Si el paciente acepta que se faciliten sus medicamentos en SPD debería firmar un documento de autorización y un consentimiento informado (cuyos modelos se facilitan en Anexos) que se deberá efectuar en la visita inicial.

## .2. Autorización del paciente

Mediante la firma de la autorización y el consentimiento informado, el paciente constata que:

- . Conoce el SPD
- . Que el SPD se le ofrece como un servicio a través de un acto posterior a la dispensación.
- . Podrá abandonar el servicio libremente cuando lo desee
- . Se la facilitará, de forma actualizada, toda la información relativa a su tratamiento.
- . Traerá con suficiente antelación las recetas para poder elaborar el blíster.
- . Informará al farmacéutico, puntualmente, los cambios en su tratamiento.
- . Cumplirá las condiciones de conservación y seguridad del blíster.
- . Se le recordará debe entregar, cada semana, los dispositivos vacíos de la semana anterior para comprobar las condiciones de conservación, errores de utilización, incumplimiento, etc.

El farmacéutico también se compromete a:

- . Cumplir la LOPD.



- . No hacer uso de los datos farmacológicos sin su consentimiento.
- . Seguir las normas de calidad y procesos establecidos para la buena elaboración del SPD.
- . Respetar la propiedad, por parte del paciente, de los prospectos.
- . Custodiar la medicación depositada en la farmacia y gestionar correctamente las recetas emitidas.
- . Informar y aclarar cualquier duda que tenga el paciente.
- . Avisar al paciente rápidamente de cualquier eventualidad que invalide un blíster (retirada del mercado de un medicamento o un lote, etc.)

Cuando se ofrece el servicio de SPD a un paciente, es recomendable que el farmacéutico se ponga en contacto con el médico de cabecera o especialista que controla al enfermo para informarle de la inclusión del paciente en dicho servicio. El modelo de notificación se ofrece en Anexos. Esto nos permitirá establecer comunicación con el médico si se producen incidencias.

### .3. Entrevista inicial y cumplimiento de la ficha del paciente.

La entrevista se realizará en la zona de atención personalizada. En esta entrevista inicial tiene lugar el registro de datos personales y todo lo referente a medicación y a los problemas de salud que plasmaremos en la ficha del paciente (modelo en Anexos) que nos servirá como ficha de trabajo para el control farmacoterapéutico.

Revisaremos el botiquín de los medicamentos y otros productos que esté tomando, así como de la documentación médica que posea.

En determinados casos, se tendrá que anotar nombre y teléfono de algún familiar o persona responsable de la medicación para contactar en caso de duda.

Sobre los medicamentos que utiliza nos interesa todo:

- . Nombre y Código Nacional (CN)
- . Fecha inicio tratamiento.
- . Pauta prescrita y utilización por el paciente.
- . Quién se lo ha prescrito.
- . Dosis diaria.
- . Tipo de tratamiento, esporádico o no.

- . Conocimiento y cumplimiento del tratamiento.
- . Que enfermedades o problemas de salud refiere el paciente.

Si se tienen dificultades para obtener datos sobre enfermedades crónicas, alergias a medicamentos u otras incompatibilidades, se consultará al médico.

#### .4. Transcripción de los datos al programa informático o recopilación manual.

En este punto nos indican que era muy recomendable tener un programa informático de gestión del SPD específico o integrado en la aplicación informática de gestión de la oficina de farmacia, el soporte informático recogerá como mínimo todos los datos personales, tratamiento, familiar o persona responsable, datos de médicos prescriptores. El soporte informático debe registrar además:

- . Un histórico sobre el paciente donde conste su actual farmacoterapia, todos los cambios realizados en el tratamiento con los datos correspondientes
- . Base de datos del medicamento ligada al soporte informático.
- . Registro histórico de las intervenciones realizadas por el farmacéutico.
- . Elaboración o impresión de las etiquetas y otros documentos del SPD.
- . Historial de SPDs elaborados y su trazabilidad.

Los ficheros creados para gestionar el SPD deberán estar notificados y registrados ante la Agencia Española de Protección de Datos y con las medidas de seguridad por las disposiciones reguladoras de la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal. Si no se dispone de sistema informático, esta información habrá de ser recogida y archivada manualmente.

#### .5. Revisión del tratamiento y detección de posibles PRM/RNM .(PRM=Problemas Relacionados con los Medicamentos ; RNM= Resultados Negativos Asociados a la Medicación)

Recopilados todos los datos, se debe hacer una revisión del tratamiento para descartar incidentes como:

- . Interacción entre medicamentos.
- . Interacción con otros medicamentos no prescritos, alimentos, otras sustancias (café, tabaco, etc) habituales en el paciente.
- . Duplicidad de tratamiento.
- . Contraindicación en enfermedades crónicas.
- . Dosificaciones incorrectas.
- . Intervalos de administración o duración de tratamiento incorrectos.
- . Uso de medicamentos que el paciente no necesita o que no son adecuados para su enfermedad.
- . No utilización de los medicamentos que el paciente necesita.
- . Presencia de reacciones adversas a los medicamentos.

Si se detecta alguna de estas incidencias, se registra e inicia la intervención: se evaluará y determinará si es necesario ponerse en contacto con el médico para resolverla.

#### .6. Continuación del tratamiento.

Si el médico efectúa un cambio de medicación antes de preparar el nuevo blíster, requeriremos la correspondiente receta y transcribiremos los cambios en la ficha del paciente (modelo Anexo) y/o en el programa informático; revisaremos el tratamiento de nuevo para detectar posibles incidencias.

Si hay una hospitalización, al incorporarse pediremos al paciente el informe del alta. Es recomendable que en caso de cambio en el tratamiento le pidamos una nueva hoja de medicación o al menos un documento con la firma del médico que avale el cambio.

#### .7. Preparación de los dispositivos. Elaboración e impresión de etiquetas y documentos del SPD.

El sistema informático nos permite elaborar e imprimir las etiquetas del dispositivo con la información exigida, y también la documentación para el paciente, no obstante, esta información puede ser tratada de forma manual. Esta última opción no se genera pues deberemos nosotros rellenar los

impresos que aquí nos indican en los anexos, los documentos que facilitan son:

- . Etiqueta para el anverso del dispositivo SPD, (remite a modelo Anexo): datos del paciente, nº registro y validez del SPD, datos de la farmacia, medicación no incluidos, advertencias de uso.

- . Etiqueta reverso blíster, (remite a un modelo Anexo). Nombre de los medicamentos que ponemos dentro del dispositivo y la posología correspondiente. También las advertencias de uso

- . Lista de comprobación: sólo la primera vez o cuando hay cambios en la medicación (remite a el Anexo). Es recomendable dar al paciente una copia del tratamiento completo que está siguiendo (para el modelo remite a sus Anexos), con los siguientes datos:

  - Datos del paciente

  - Fecha de prescripción o última modificación

  - Datos del médico (s)

Prescripción completa, tanto de la incluida en el SPD como la de fuera del mismo.

También se puede hacer una reproducción pequeña de la etiqueta para que el paciente la lleve siempre encima y así poder informar sin errores la medicación que toma si se lo pide el médico, el farmacéutico, y en caso de ingreso hospitalario, urgencia, accidente.

- . Preparación del blíster. Tras las comprobaciones anteriores procederemos a preparar los medicamentos que son susceptibles de su inclusión en los SPD.

En estos dispositivos es posible acondicionar formas farmacéuticas sólidas destinadas a vía oral (se incluye relación).

No es posible acondicionar medicamentos con determinadas formas farmacéuticas (se incluye relación).

Medicamentos que precisan cadena de frío

Medicamentos citotóxicos

Medicamentos sensibles a la luz que según las características de los mismos precisan soporte topacio (alveolos)

Medicamentos que en ficha técnica lo especifiquen así

Generalmente se tendrá en cuenta el tamaño de la forma farmacéutica, la estabilidad a la luz y /o la humedad y si son medicamentos que el paciente toma ocasionalmente (por ejemplo analgésicos).

Los dispositivos SPD se van llenando teniendo en cuenta:

- . Se hará siempre bajo la supervisión del farmacéutico responsable.
- . En un espacio especialmente acondicionado y exclusivamente dedicado a la elaboración del dispositivo. Si esto no fuera posible, se trabajará en otro sitio utilizado en primera instancia para otro propósito y reacondicionado para desarrollar el SPD.
- . Se llenarán los dispositivos SPD teniendo en cuenta la ficha del paciente (también remite a el Anexo que proporciona)
- . Antes de comenzar el siguiente paso comprobaremos, al finalizar, que se hizo correctamente.
- . En caso de que el repaso final se haga según la información de la etiqueta, comprobaremos la información del programa informático.
- . Antes de cerrar el SPD se hará un recuento de unidades para comprobar coincide con la ficha manual.
- . Cada vez que acabe el proceso se firmará el documento (remite a su Anexo correspondiente) para controlar todos los profesionales implicados en el proceso de acondicionamiento.
- . Cada medicamento incluido será identificable.
- . Cada dispositivo SPD llevará indicado se número de registro.

El cierre o sellado de los blíster se efectuará en frío o en caliente y según las normas del fabricante. En caso de cerrar en frío, el cierre se hace por presión; en caliente o termosellado, se utilizará la máquina selladora.

- . Antes de comenzar el llenado se debe proceder a etiquetar el blíster para tener perfectamente identificado al paciente.
- . Periodo de validez. Debe registrarse claramente en el propio dispositivo de manera visible para el paciente y nunca será mayor que la fecha de caducidad de cada uno de los medicamentos que se incluyen.

#### .8. Control de la elaboración.

Inmediatamente después del cierre del SPD, se debe hacer un nuevo recuento de las unidades de cada alvéolo. Finalizada esta operación, un profesional de la farmacia distinto al que ha elaborado el SPD hará la comprobación final verificando los datos que constan en la etiqueta del anverso y del reverso (documento Anexo). También se anotarán las incidencias y se especificará cómo se han resuelto.

Se considerará una hoja de registro (modelo Anexo) de comprobación final que recoge los aspectos relativos a ventilación, etiquetado y contenido de dispositivos.

#### .9. Entrega al paciente.

Acabado el dispositivo y realizados los controles, (documento en Anexo) se le entregará al paciente recordándole debe traer los dispositivos vacíos de la(s) semana (s) anterior (es).

Se mantendrán las hojas de registro (remite a Anexo) para la primera entrega del SPD al paciente. Si lo desea se le entregarán los prospectos. Es conveniente identificar a la persona que recoge el SPD mediante un acuse de recibo.

“Situaciones especiales”. En caso de personas que vivan juntas existe la posibilidad de identificar los dispositivos con la foto del enfermo u otra identificación visual. Para indicar antes o después de las comidas se puede adicionar el correspondiente pictograma. Para los pacientes ciegos se ha de correspondientes para adecuar etiquetas a los dispositivos escritas en sistema Braille.<sup>169</sup>

La última modificación / revisión de este documento ha sido el día 10 de mayo de 2017.

La actuación del CGCOF plasmada, en el documento *Protocolo Normalizado de Trabajo*, se debatió en sesión de 19 de septiembre de 2013 y difundido el 22 del mismo mes y año.

Unos meses antes hubo una reunión, celebrada en julio de ese mismo año (2013) y, una vez finalizada, el CGCOF envió ese documento elaborado

---

<sup>169</sup> Cf. 2013, Jornadas para coordinar iniciativas en torno a SPDs. El Grupo de Trabajo de SPD, del CGCOF aprobó la publicación del Protocolo Normalizado de Trabajo (PNT) en sesión de 22,09.2013. Cf. <https://www.portalfarma.com/profesionales/consejoinforma/Paginas/Jornada.SPD.aspx>.

por el Grupo de Trabajo de Sistemas Personalizados de Dosificación del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos cuya difusión había sido aprobada en la sesión de 24 de julio de 2013.

El documento se titulaba, *SPD, Estrategia de actuación Político-Profesional*.

En la “Introducción” se indica que el envejecimiento de la población hacía que se incrementase el número de pacientes crónicos polimedicados, nos exponía que desde hacía más de una década la Organización Farmacéutica Colegial había estudiado el problema; tras la exposición de actuaciones esperaba, a largo plazo, conseguir la implantación de los servicios asistenciales.

La falta de adherencia que provocaba gastos sanitarios y económicos para la sociedad indicaba que uno de los mecanismos que parecía ser prometedor a la hora de aumentar la adherencia de los tratamientos eran los Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD) siendo una herramienta para el abordaje de la mejora de la adherencia desde la farmacia.

En los “Antecedentes”; indicaba que en España el año 2002 se había formado un grupo de trabajo en el CGCOF para proponer unas pautas generales que sirvieran de punto de partida a los Colegios Oficiales de Farmacéuticos para poder elaborar los SPD en sus correspondientes provincias. Indicaba que había Colegios Oficiales de Farmacéuticos que abogaban por una evolución en la denominación del Servicio considerando el nombre de Sistema Personalizado de Reacondicionamiento (SPR).

Este documento, proponía las directrices y la estrategia político-profesional de la Organización Farmacéutica Colegial con el fin de conseguir que la elaboración del SPD pudiera ser impulsada de forma definitiva hacia la implantación de un servicio remunerado, independientemente de quien sea el pagador y que se lleve de forma lo más homogénea posible en todo el territorio nacional.

“Requerimientos”. La realización del SPD en la farmacia debe tener unos requerimientos básicos para poder establecer el Servicio con las máximas



garantías para los pacientes, los farmacéuticos y la Administración Sanitaria.

. 1. Acreditación de competencias del farmacéutico y requisitos técnicos de la Oficina de Farmacia.

Inicialmente las farmacias para elaborar los SPD no deben cumplir ningún trámite adicional – salvo que expresamente haya sido regulado por las autoridades competentes en la materia-, si bien lo recomendable es que la farmacia y el farmacéutico se planteen desde la voluntariedad, solicitar acreditación de competencia del farmacéutico y de requisitos técnicos de la oficina de farmacia. En el caso de que el servicio de SPD estuviese incluido en un programa concreto y fuese financiado por la Administración, debería establecerse la acreditación del farmacéutico, y la farmacia cumplir ciertos requisitos técnicos y, además, es imprescindible contar en la plantilla con un farmacéutico de competencias acreditadas.

Las competencias del farmacéutico (formación y/o experiencia suficiente), podrán ser acreditadas realizando cursos de formación impartidos por entidades con competencia y capacidad para ello, evaluación de capacidad, etc; al realizar los SPD se ceñirá al Protocolo Normalizado de Trabajo (PNT), en particular los que señale el COF y la Administración competente en caso de ser un servicio incluido en un programa concreto.

En cuanto al organismo acreditador, contemplaba modelos de acreditación por parte de los COF, pudiendo contar estos, en su caso, con la colaboración de las sociedades científicas del ámbito de la farmacia comunitaria.

. “Modelo de acreditación por parte de los COF”. Los COF se ocuparán de la formación y acreditación de requisitos a las farmacias que presten el Servicio.

. “Modelos de acreditación por parte de la Administración en colaboración con los COF”. Indican que este modelo de acreditación puede presentar ventajas al potenciar el papel del farmacéutico como colaborador sanitario en la red de Atención Primaria y de los Servicios Sociales y al papel de los COF como entidades colaboradoras con la Administración. A través de convenio entre ambas entidades se podría contemplar un procedimiento de preselección de pacientes susceptibles de este servicio; en estas circunstancias los COF serían responsables del procedimiento de

acreditación comunicando a la Administración la lista de farmacias acreditadas. De esta forma, el paciente podría elegir la farmacia proveedora del Servicio de SPD.

En cuanto a la duración de la acreditación, se debería considerar su periodo de validez y se consideró adecuado 5 años, siempre teniendo en cuenta los cambios en las características del servicio en cada momento.

## 2. Remuneración.

Existían acuerdos (en ese momento julio 2013) suscritos entre las consejerías autonómicas de Sanidad y los COF en materia de prestaciones de servicios farmacéuticos en los que se han ido incorporando nuevas actuaciones y servicios profesionales que, en algunos casos, han contemplado la remuneración complementaria a la que reciben por la dispensación de medicamentos.

Tenemos que demostrar que el desarrollo de nuevos servicios profesionales desde las farmacias no son costes añadidos a los medicamentos, sino una inversión en salud que genera una mayor calidad, seguridad y resultados de los tratamientos y un ahorro en costes a largo plazo.

El servicio SPD tiene potencial a la hora de producir mejores resultados de la farmacoterapia y un ahorro de los costes sanitarios. Por otra parte, es un procedimiento que requiere un gasto de tiempo y de recursos considerables por parte de la farmacia. Por estos motivos el SPD es un servicio que debería estar remunerado ya que aporta valor al promover el uso racional del medicamento y la adherencia a los tratamientos, y además requiere recursos añadidos por parte del farmacéutico.

## .3. Consentimiento informado y Seguro de Responsabilidad Civil.

Aquí nos recuerda la Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, artículo 84.1, refiriéndose a los SPD indica: *“Una vez dispensado el medicamento, podrán facilitar sistemas personalizados de dosificación a los pacientes que lo soliciten, en orden al mejor cumplimiento terapéutico, en los tratamientos y en las condiciones y requisitos que establezcan las administraciones sanitarias competentes”*.

La elaboración del SPD es una actuación posterior a la dispensación y si hubiera cualquier tipo de incidencia y se le exigieran responsabilidades al farmacéutico en vía judicial sería bueno que el seguro de responsabilidad civil que suscribimos para las fórmulas magistrales abarcase también a los SPD, si es una farmacia que no prepara fórmulas magistrales, necesitará un seguro de responsabilidad civil para los SPD.

En cuanto al “paciente” o su “representante legal” deberán firmar un consentimiento informado.

Otra responsabilidad de la oficina de farmacia es respetar lo dispuesto en la Ley de Protección de Datos en ese momento en vigor, y las que en lo sucesivo se redacten sobre este concepto y todos los requisitos (ficheros en que estarán los datos registrados y notificados) pertinentes.

En el caso de farmacéuticos acreditados cuando trabajaban en una farmacia determinada, al cambiar de farmacia la acreditación de competencia en la elaboración de SPD debería mantener su validez para el farmacéutico.

Bajo el título, “Directrices”, de forma resumida nos presenta lo que consideran “Directrices Básicas” a la hora de ofrecer el servicio:

- . El SPD es un servicio farmacéutico independiente y posterior a la dispensación.

- . Mejora el uso de los medicamentos ayudando a optimizar la adherencia y, por tanto, el resultado del tratamiento.

- . Permite la participación en colaboración con el equipo de salud. La coordinación de los servicios asistenciales beneficiará al paciente y a la sociedad en general.

- . Debe ser un servicio universal desde la voluntariedad del paciente. Se debe dar a conocer a la sociedad a través de campañas de difusión y comunicación.

- . Todas las oficinas de farmacia podrán ofrecer SPDs a sus pacientes cumpliendo los requisitos recogidos en sus programas de formación.

- . En base a los requisitos anteriores, los Colegios Oficiales de Farmacéuticos asegurarán el cumplimiento de los estándares de calidad tras

la acreditación de competencia del farmacéutico y de los requisitos técnicos de las farmacias.

- . Los farmacéuticos acreditados serán los responsables del nivel asistencial del SPD en su oficina de farmacia.

“El paciente”, al solicitar el Servicio de SPD, acepta que:

- . Es un acto posterior a la dispensación.
- . Puede abandonarlo libremente cuando quiera.
- . Se le facilite toda la información relativa a sus tratamientos de forma actualizada, ordenada y veraz.
- . Cumplirá las condiciones de conservación y seguridad del dispositivo SPD.
- . Es conocedor de que el servicio tiene un coste que alguien debe pagar, el propio paciente / cuidador/ familiar o bien la Administración.
- . Informará de cualquier cambio de la medicación efectuada por su médico”.

“El farmacéutico”, por su parte se compromete a:

- . Cumplir con la legislación de Protección de Datos Personales.
- . Seguir los procedimientos de calidad o buenas prácticas.
- . Respetar la propiedad del paciente de los prospectos y la medicación.
- . Informar y aclarar cualquier duda que le surja al paciente.
- . Advertir al paciente con la mayor rapidez ante cualquier eventualidad.

Con el fin de optimizar la utilización de los medicamentos es deseable que se preparen los SPD con los medicamentos desemblistados, siempre que sea posible, según la ficha técnica.

Demostrado que los SPD suponen un beneficio para el paciente y para la Administración, tanto a nivel sanitario como económico, debería ser un servicio financiado.

Las sociedades científicas del ámbito de la Farmacia Comunitaria, podrán colaborar con los COF y los farmacéuticos a la hora de realizar e implantar el servicio de SPD.<sup>170</sup>

También en 2013, se publica un trabajo de investigación muy esclarecedor sobre la rentabilidad de los sistemas SPD. Titulado “Servicio de sistemas personalizados de dosificación: coste del servicio frente al margen de los medicamentos”, lo firman P. Rius y colaboradores. Habiéndose realizado la investigación en Cataluña los datos sobre los que se basan corresponden a dicha Comunidad Autónoma, ellos lo indican, pero esa circunstancia no hace que pierda, en absoluto, valor e interés su investigación.

Antes de ofrecer el texto nos exponen un resumen que sirve de presentación y consta de:

**Introducción:** el interés en la preparación de sistemas personalizados de dosificación (SPD), dentro del servicio de seguimiento farmacoterapéutico (SFT) es porque ha demostrado mejorar la adherencia terapéutica del paciente.

Seguidamente, la investigación de este equipo nos indica como debemos hacer la valoración de su remuneración analizando el coste de este servicio y si el margen de los medicamentos dispensados e incluidos en el SPD cubre su prestación.

**Objetivos:** establecer un análisis de costes del servicio; averiguar si, en pacientes polimedicados tipo, el margen de los medicamentos incluidos en el SPD cubre los costes, y conocer el número de medicamentos que deberían incluirse cuyo margen cubra la prestación del servicio.

**Material y métodos:** para el análisis del coste se había considerado el coste de la preparación del SPD, la intervención farmacéutica, y el coste directo del material utilizado. Como lo habían realizado con pacientes reales, nos

---

<sup>170</sup> Cf. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2013. *Sistemas Personalizados de Dosificación*. . Aprobada su difusión por el Grupo de Trabajo de SPD, del CGCOF , en sesión de 24, Julio 2013.

Cf. Internet <https://www.sefac.org/sites/default/files/BBPP-14-SPD>

aclaran que se había calculado el margen de los medicamentos incluidos en el SPD y se había comparado con el coste calculado de la prestación del servicio.

Para el análisis del número de medicamentos, se había tomado como referencia el precio medio de los medicamentos dispensados, CatSalut y el margen medio de aquel momento (año 2013).

Resultados: el coste del servicio por paciente y mes (cuatro semanas) se estimó en 19,85 euros. Se necesitarían un mínimo de 8 medicamentos para cubrir ese coste.

Conclusiones: a partir de los casos analizados, concluyen que es muy difícil cubrir el coste del servicio con el margen de los medicamentos dispensados e incluidos en el SPD. La remuneración debe considerar otros aspectos tras evaluar la eficiencia del servicio.

Se inicia la exposición del trabajo recordando los comienzos de los SPD. Así nos indican como en el año 2001, unas farmacias pioneras comenzaron a preparar los entonces llamados “sistemas individualizados de dispensación dosificada”(SIDD), hoy sistemas personalizados de dosificación (SPD).

Ya entonces se consideraba esos dispositivos como instrumentos de mejora del cumplimiento terapéutico; la legislación del momento no contemplaba de manera explícita la manipulación de los envases originales, salvándose el problema cuando los farmacéuticos alcanzaron un acuerdo de ofrecer esta ayuda una vez dispensados los medicamentos, o sea, cuando el paciente los había adquirido.

Siguiendo la interesante exposición, que sobre la aparición y razón de ser de estos sistemas de dispensación, nos proporcionan los autores, recordaremos que durante la década anterior a este documento, el concepto de “atención farmacéutica” había sido objeto de debate en congresos, foros, etc., los grupos de trabajo que se habían creado y habían realizado estudios para evaluar su efectividad y también como resultado de experiencias previas, documentos de consenso que habían permitido exponer definiciones, objetivos, procedimientos, indicadores, etc.

Debido a la evolución natural, o la consecución del progreso deseado, los SPD se estaban utilizando como instrumento de mejora en el cumplimiento dentro del servicio de seguimiento fármaco-terapéutico.

Aluden a que desde el año 2000 se habían “publicado varios”- seguramente muchos o demasiados- decretos o reales decretos que habían reducido el margen de los medicamentos y, por tanto, el beneficio económico del ejercicio en la oficina de farmacia, sin que el paciente/cliente hubiera percibido una reducción en la profesionalidad de los farmacéuticos.

Como consecuencia de este cambio en la situación económica de la farmacia obligó (y en eso estamos en este 2018) a “poner precio”, o buscar un sistema de remuneración en algunos servicios, que hacía un tiempo, relativamente poco, podía estar cubierto por el margen de los medicamentos dispensados. El servicio de seguimiento fármaco-terapéutico (SFT) con SPD, comprende una serie de fases: entrevista con el paciente, cooperación con otros profesionales sanitarios, conciliación del tratamiento, preparación de la medicación, información, control y seguimiento del tratamiento.

Este servicio de atención farmacéutica había demostrado suficientemente ser un instrumento que mejora la adherencia terapéutica del paciente evitando incumplimientos permitiendo conseguir un mejor control de los problemas de salud y mejorar la eficiencia en el uso de los medicamentos. Facilita la integración del equipo asistencial y mejora la calidad de vida del paciente. La integración de los SPD en el seguimiento permitirá evaluar los resultados de efectividad y eficiencia del servicio en los pacientes con dificultades de adherencia al tratamiento.,

Encontraban deseable tener información de la eficiencia de los SPD a través de un análisis riguroso que evaluara el ahorro que se presupone comportaría para el sistema de salud en términos de disminución de las visitas médicas, incluidas las de los servicios de urgencia, los ingresos hospitalarios, la reducción de medicamentos prescritos, etc. Sin embargo, aseguraban que ese estudio era, de momento, de una complejidad elevada, especialmente para ellos.

De todas formas, se planteaban una serie de cuestiones para valorar su remuneración, ya fuese a cargo de la Administración o del propio paciente:



¿Cuál es el coste del servicio? ¿Cuál debe ser el precio del servicio? ¿Cuál es el margen de medicamentos dispensados e incluidos en el SPD?

Para realizar ese estudio nos indican los objetivos que se habían planteado:

1-Establecer un análisis de costes de la prestación del servicio de seguimiento SPD.

2-Averiguar si el margen de los medicamentos dispensados e incluidos en el SPD, a pacientes reales crónicos polimedicados cubre los costes estimados del servicio.

3-Conocer el número de medicamentos que deberían dispensarse para cubrir tales costes.

Seguidamente nos indican el material y métodos:

\_ Para el análisis de coste del servicio, dicen que únicamente habían tenido en cuenta el tiempo empleado en la preparación del SPD y de la intervención farmacéutica y la entrevista inicial y la del seguimiento semestral, además del coste directo del material utilizado.

\_Referente al valor del tiempo empleado en la preparación del SPD y de la intervención farmacéutica, tuvieron en cuenta los resultados obtenidos en la prueba piloto realizada sobre el nuevo modelo que tenían, en Cataluña, de prestación farmacéutica a residencias que se había hecho entre los años 2005 y 2006.

Así consideraron que el tiempo estimado para la preparación del SPD era de 12,5 minutos, siempre y cuando no se hubiera producido cambios en la medicación. Como preparación, se incluyó la verificación de que no hubiera habido cambios en el tratamiento, la colocación de los medicamentos en la casilla correspondiente, el cierre o sellado, el control de la elaboración y la confección de las etiquetas.

\_El tiempo de la intervención del farmacéutico, que incluía la conciliación del tratamiento lo estimaron en 7,7 minutos, a razón de una intervención al mes.

\_El tiempo estimado para la entrevista inicial y la de seguimiento, de carácter semestral, consideraron es de 60 minutos y para el cálculo del coste, esos 60 minutos se distribuyen a lo largo del año.

A la hora de establecer los costes económicos relacionados con el tiempo empleado por el farmacéutico, ellos calcularon el coste por hora de acuerdo con el convenio colectivo de las oficinas de farmacia de la provincia de Barcelona para los años 2008-2009, que resultó ser de 16,75 euros/hora (costes anuales: 30.490,56 euros con un total de 1.820 horas). El coste directo del material, lo obtuvieron calculando la media de los precios que les facilitaron los dos proveedores de blísteres mayoritarios en Cataluña en marzo de 2012.

Los costes contemplados en este análisis los habían calculado para el periodo de 1 semana, excepto el coste de intervención, que lo calcularon para 1 mes. A partir de los resultados obtenidos, se completó el coste por día, semana y mes, considerando que 1 mes comprende 4 semanas, por tanto se prepararan 4 blísteres.

Como limitación del análisis de costes, especifican que habían obviado los costes de infraestructura del local, el coste de oportunidad, el coste de amortización del programa informático que se utilice y los costes de instrumental: mascarilla, guantes, pinzas, dispositivo para partir comprimidos, rodillo para cerrar blíster o máquina termoselladora y caja para la custodia de los medicamentos de los pacientes.

\_ Para averiguar si el margen de los medicamentos dispensados, incluidos en el SPD para los pacientes crónicos polimedicados cubría los costes de la prestación del servicio, los autores seleccionaron 7 pacientes tipo. En cada caso, calcularon el importe del precio venta al público más el impuesto del valor añadido (PVPiva) del tratamiento incluido en el SPD para 1 día, 1 semana, 1 mes (4 semanas). Este cálculo lo realizaron en función del PVPiva de cada envase, con los datos obtenidos consultando la base de datos de Bot Plus de abril de 2012, el número de unidades contenidas en él y la pauta posológica.

\_ Con el resultado del PVP iva/4 semanas, obtuvieron el importe del margen, teniendo en cuenta un margen medio del 22% sobre el precio venta al público (PVP) y este lo compararon con el valor del coste del servicio.

\_ Para calcular el número necesario de medicamentos que se deberían dispensar e incluir en el SPD para cubrir los costes del servicio ellos, consideraron las siguientes premisas:

1. Un precio medio de los medicamentos de 10,02 euros, entendido como gasto medio por receta (según los datos del CatSalut para el periodo acumulado desde enero hasta diciembre de 2011)
2. Un margen medio que contando con las deducciones que habían aplicado, y los datos de que disponían, habían estimado en un 22%.
3. Contando con que cada envase de medicamentos constase de 28 unidades.
4. Si la posología era de 1 unidad al día, con la utilización de un envase se completarían los 4 blísteres mensuales.

\_El siguiente paso fue igualar el margen resultante de los medicamentos incluidos en el SPD con el coste del servicio mensual. A partir de este importe calcularon el PVP del conjunto de medicamentos para incluir en el SPD según un margen 22%, y luego el PVPiva. Este PVPiva lo dividieron por el precio medio de los medicamentos (10,92 euros), y de esta forma obtuvieron el número de medicamentos necesarios para cubrir el coste del servicio de 1 mes, y nos advierten que es de acuerdo con los criterios que habían expuesto.

En una tabla nos detallan los costes de la prestación del servicio por día, semana, mes, obtenidos según su análisis: el coste paciente/día consideran es de 0,66 euros; por semana, 4,96 euros; y coste paciente/día por mes, 19,85 euros,

El coste directo del material suponía un 11,81 % respecto al total de coste del servicio, mientras que los conceptos relacionados con el tiempo representaban el 88,19 %, y lo desglosaban de la siguiente forma: preparación del SPD (70,33%), intervención (11,37%), y entrevista inicial y de seguimiento (6,49%).

\_Seguidamente nos ofrecen (como nos habían prometido) los resultados obtenidos en el estudio de 7 casos de pacientes reales crónicos, polimedicados, y para diversificar planteamiento y resultado son casos tratados con distinto número de medicamentos, diversas patologías, para calcular la rentabilidad en diferentes circunstancias.

. En el primer caso que describen el paciente estaba tratado con antihipertensivo, antiagregante plaquetario, hipolipemiente y protector gástrico. La posología era de 1 unidad al día. El PVPiva de los 5

medicamentos era de 11,55 euros, representando un precio medio por envase de 2,31 euros. Hay que observar que no todos los envases contienen las mismas unidades que ajustaremos a un mes de tratamiento cuando puede que 1 envase contiene unidades para 3 meses de tratamiento, otro para 2, lo que nos representa que el PVPiva de los medicamentos consumidos en 1 mes sea de 8,51 euros con lo que resulta un precio medio para cada tratamiento de 1,70 euros.

Si aplicamos el margen de 22% sobre PVP, resulta un importe del margen de 1,80 euros, más de 10 veces inferior al coste estimado del servicio mensual (4 blísteres). Cuando partimos del precio del medicamento tendremos que tener en cuenta la posología prescrita que será la que nos dará el consumo de medicamento (toma diaria; los martes y jueves; etc.)

. En el caso 7 (último) nos plantea un paciente con 9 prescripciones cuyo PVPiva asciende a 228,12 euros, con una posología/día de 16 unidades. Calculando precio y margen nos encontramos con un PVPiva/día de 8,550 euros, semanal 59.853 euros, y 4 semanas 239,414 euros; el margen (22%) sobre PVP 50,645 euros.

En el resumen que ofrecen del margen en cada uno de los 7 casos reales da los siguientes resultados, partiendo de un margen hipotético de 22% sobre PVP, resultaría, 19,85 euros.

.Caso 1º: precio medio medicamentos, 2,31 euros; precio medio tratamiento, 1,70 euros; número de medicamentos distintos, 5; número de unidades /día, 5; margen 1,80 euros, resultando -18,05 según el valor deseable de 19,85 euros.

.Caso 2º: precio medio medicamentos, 2,16; precio medio tratamiento, 2,48; número medicamentos distintos, 5; número unidades /día, 8; margen (22%) PVP/mes, 2,52, resultado -17,33.

. Caso 3º: precio medio medicamento 6,71; precio medio tratamiento/mes 5,84; número de medicamentos distintos 8; número de unidades /día 12; margen (22%) sobre PVP/mes tratamiento 9,90 resultado -9,95.

. Caso 4º: precio medio medicamento 6,65; precio medio tratamiento/mes 6,75; número medicamentos distintos 10; número unidades/día 12; margen (22%) sobre PVP/mes tratamiento 14,28, resultado -5,57.

. Caso 5º: precio medio medicamento 15,95; precio medio tratamiento/mes 9,21; número de medicamentos distintos 11; número unidades día 12; margen (22%) PVP mes/tratamiento 21,44, resultado 1,59.

. Caso 6º: precio medio medicamento 18,22; precio medio tratamiento/mes 12,65; número medicamentos distintos 9; número unidades/ día 13; margen (22%) sobre PVP/mes tratamiento 24,08, resultado 4,23.

. Caso 7º: precio medio por medicamento 25,35; precio medio por tratamiento 26,60; número de medicamentos distintos 9: número de unidades/día 16; margen (22%) sobre PVP/mes tratamiento 50,64, resultado 30,79.

\_En relación con los resultados obtenidos, se parte de los 19,85 euros de coste del servicio, se aplica el margen de 22%, lo que resulta en un PVP de 90,23 euros y con IVA 93,84, Si hemos considerado el precio medio por medicamento de 10,92 se necesitarían 8,59 medicamentos para cubrir el precio del servicio de 1 mes.

Después de una interesante discusión nos presentan las conclusiones:

1. El coste del servicio es de 19,85.
2. Con el tratamiento habitual prescrito a pacientes tratados para la diabetes melitus, el hipercolesterolemia, la hipertensión y la toma de un protector gástrico, no se consigue cubrir los costes del servicio a partir del margen de los medicamentos.
3. En algunos casos de pacientes tratados con medicamentos innovadores, sobre todo para enfermedades psiquiátricas o Parkinson, se llega o se podría llegar a cubrir los costes del servicio.
4. Se necesitarían como mínimo 8 medicamentos para cubrir los costes del servicio siempre y cuando el margen de los medicamentos sea del 22%, su precio medio de 10,92 euros, y la posología y el envase se ajusten a un mes de tratamiento, considerando un mes como 4 semanas a razón de un blíster por semana.
5. Es difícil cubrir el coste del servicio con el margen de los medicamentos dispensados e incluidos en el SPD. Por tanto el sistema de remuneración de este servicio no se puede establecer únicamente basándose en el margen del medicamento.
6. Sin entrar a valorar cual debe ser el margen de beneficio sobre el coste del servicio, se debería establecer el precio de este servicio con

independencia del número de medicamentos que utilice el paciente para incluir en el blíster, así como de la complejidad del tratamiento.

De este trabajo se presentó un Póster que fue seleccionado para comunicación oral en INFARMA, Congreso Europeo de Oficina de Farmacia, 2012; organizado por los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Madrid y Barcelona, que tuvo lugar en Madrid del 20 al 22 de marzo de ese año 2012.<sup>171</sup>

Mientras tanto, algunos farmacéuticos de oficina de farmacia decidían abordar, en solitario, el problema de conseguir un servicio SPD posible y remunerado, con la ilusión y la esperanza de que sirviese de modelo. Un ejemplo de esta situación nos lo proporciona la revista *El Farmacéutico* en su número 492 correspondiente al día 15 de junio de 2013.

La información se iniciaba contándonos que el día 3 de junio de ese año (2013) en el municipio de Quer (Guadalajara) se había firmado un convenio “pionero” entre el Ayuntamiento y la oficina de farmacia de la localidad con el fin de llevar a cabo un plan de Ayuda para Mejorar la Adherencia a los Tratamientos (AMAT) para pacientes crónicos, empadronados y residentes en el municipio, que se conoció con el nombre “El Plan AMAT de Quer”.

La farmacéutica titular de la oficina de farmacia era Manuela Plasencia Cano y apoyaba su proyecto diciendo: “Hace ya varias décadas que se inició la extrapolación de las dosis unitarias hospitalarias al ámbito de la farmacia comunitaria. Rafael Borrás, Manuel Machuca, Emilio García Jimenez, Miguel Ángel Gastelurrutia, Montse Iracheta, son nombres clave en la implantación y el desarrollo del Sistema Personalizado de Dosificación (SPD) en las farmacias comunitarias”. Continuó refiriéndose a los Colegios Oficiales de Farmacéuticos donde se habían impulsado programas de SPDs.

Su intención era ofrecer ese servicio en su farmacia, pero financiado por la Corporación. Comienza indicando que en su farmacia habían empezado a

---

<sup>171</sup> Rius, P.; Gascon, M.P.; Sanchez, A.; Barau, M.; Capdevila, C.; Estrada, M. 2013. “Servicio de Sistemas Personalizados de Dosificación: coste del servicio frente al margen de los medicamentos”. En *Pharmaceutical Care España*. Vol. 15.(1): 10-20. 2013

Cf. [pharmaceuticalcare.esp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/101](http://pharmaceuticalcare.esp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/101).

Texto completo PDF

comprobar que algunos pacientes, especialmente los hipertensos, con relativa frecuencia no retiraban su medicación a tiempo y al volver reconocían llevaban dos o tres días sin tomar su medicamento, también el hecho de que algunos pacientes que tenían que tomar muchas pastillas al día reconocieran que tomaban “un puñado en el desayuno, otro en la comida y otro en la cena”, confiesa fue el desencadenante para tomar la decisión cuanto antes. Estos olvidos, confusiones o inconsciencias cobraron especial relevancia cuando sucedió con determinados fármacos como hipoglucemiantes, anticoagulantes o antiagregantes, cardiovasculares, antipsicóticos, etc., que podían originar graves problemas de salud al paciente. Por supuesto que los SPDs eran la solución perfecta y en la oficina de farmacia se plantearon unos objetivos que nos revelan en una tabla:

- . Ayudar a mejorar la adherencia a los tratamientos crónicos.
- . Facilitar la administración correcta de los medicamentos.
- . Contribuir a que el paciente recibiera los medicamentos prescritos conforme a las pautas establecidas por su médico.
- . Solucionar las incidencias o problemas relacionados con la administración de los medicamentos, como duplicidades, olvidos, incumplimientos, dificultades en el manejo o apertura de envases.
- . Contribuir a prevenir o evitar resultados negativos asociados al mal uso de los medicamentos.
- . Colaborar en la reducción de la factura por prestación farmacéutica, contribuyendo al ahorro económico por la disminución de costes en el uso de los medicamentos en esos pacientes.

El planteamiento era seleccionar pacientes no por edad, sino por incumplimiento de riesgo:

- . Que fuesen residentes en el municipio.
- . Que fuesen pacientes crónicos asignados al médico local.
- . Que su farmacia habitual en suministro de medicamentos fuese una farmacia local.



. Que fuesen pacientes de riesgo por incumplimiento, olvido o frecuentes errores de administración; como hipoglucemiantes, hipertensos, con deterioro psíquico y polimedicados en general.

. Que vivieran solos con algún grado de dependencia o con limitaciones de autonomía o con cierto deterioro cognitivo, reciente viudedad, etc., en definitiva: fragilidad.

Con estas manifestaciones proponían a la Corporación realizar un servicio de SPD con subvención municipal.

Comprendieron que la relación con la Administración local debía ser, cuando menos cordial, y nos indican como actuaron: lo primero una presentación personal e indicar que pretendían una colaboración profesional con la certeza de trabajar todos por un mismo objetivo: mejorarla salud y la calidad de vida de los habitantes del pueblo.

Nos advierten que para recibir prestaciones hay que ofrecer colaboraciones, e indican lo que ellos realizaron: entrevista, plantear el riesgo que supone para la salud todo lo que les indicamos en la relación de nuestros objetivos para evitarlo. Diseñar un diagrama para exponer claramente las acciones y fases del proyecto. Incluir e implicar al médico en la selección de pacientes. Proponer una Comisión del Plan Amat: reunión semanal con el médico; informe semestral de la actividad; reunión anual tripartita (médico, Administración, farmacéutico). Evaluación y seguimiento. Renovar, ampliar, modificar, extinguir el Plan. Transmitir que el coste que les presentamos del servicio no es elevado y que podíamos empezar con pocos pacientes para probar. Dentro de un año nos comprometimos a revisar y analizar resultados. Entregar un dossier bien elaborado y bien presentado, pues queríamos demostrar formalidad y profesionalidad.

En el “Comentario final” indicaba que, lógicamente, cada uno tenía que adecuar a su situación particular sus pautas, cada uno tiene que elaborar su propio proyecto.<sup>172</sup>

---

<sup>172</sup> Plasencia Cano, Manuela. (farmacéutica comunitaria de Quer (Guadalajara)). 2013. “Servicio subvencionado para enfermos crónicos de riesgo por falta de adherencia. El Plan Amat de Quer”. En *E/ Farmacéutico*, Nº 492, 15 de junio. Pag. 15. 2013

Consecuente con su compromiso de facilitar un curso online, gratuito, el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, patrocinado por Boehringer Ingelheim convoca el Curso online el día 21 de octubre de 2013 con una duración de 12 de noviembre a 17 de diciembre 2013.

Al presentar la convocatoria del Curso comienza con una frase, que atribuyen a C. Everett Koop “Los medicamentos no funcionan en aquellos pacientes que no los toman”.

En la Introducción, nos recuerdan que la falta de adherencia terapéutica se estima cercana al 50% de los pacientes con enfermedades crónicas, siendo para la OMS un tema prioritario de salud pública por sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de costes sanitarios.

Indican que según las patologías la variabilidad de los datos encontrados era significativa.

- . Enfermedad psiquiátrica: Los pacientes con enfermedad mental presentan unos porcentajes de falta de adherencia variable; psicosis 10-76%; depresión 10-62%.

- . Asmáticos: La adherencia a los tratamientos en enfermedades respiratorias es de las más bajas comparadas, por ejemplo, con hipertensión o dislipemias, según nos indican. Su incumplimiento alcanzaba el 50-70% y pese a que las pautas para su control resultaban sencillas, solo alrededor del 35 % de los pacientes tenían controlada la enfermedad.

- . Hipertensos, diabéticos y dislipémicos: En un estudio sobre diabetes y enfermedad cardíaca los pacientes con falta de adherencia tenían tasas de mortalidad mucho más alta que los pacientes cumplidores (12,1% vs 6,7%).

En otro estudio en pacientes con diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia e insuficiencia cardíaca encontraron que para todas estas patologías la tasa de hospitalización era significativamente más alta en pacientes con baja adherencia (13% vs 30% para diabéticos; 19% vs 28% en hipertensión).

- . Patología aguda: En las enfermedades infecciosas con tratamientos inferiores a 15 días de duración, indican que la falta de adherencia variaba entre el 30-40 %; y manifestaban que esto conducía a un fallo en la erradicación del agente infeccioso, implicando en la salud pública, más allá de la falta de eficacia en ese paciente concreto.

En las causas que se relacionaban con la falta de adherencia indicaban:

- . El número de médicos prescriptores.
- . La polimedicación.
- . La complejidad de la pauta posológica.
- . La depresión.
- . El deterioro cognitivo.

La falta de adherencia terapéutica, advierten que puede separar la eficacia de la efectividad de un tratamiento.

En estas situaciones indican la conveniencia de aplicar medidas para mejorar o incrementar la adherencia en los pacientes. Una herramienta consideran son los SPD; el objetivo de ese curso, indican, era capacitar de forma amena y sencilla, para elaborar, desarrollar e implantar con éxito en la farmacia un Sistema Personalizado de Dosificación según los procedimientos establecidos.

Al finalizar el curso, aseguraba que los asistentes serían capaces de:

- . Conocer y aplicar el procedimiento de SPD.
- . Proporcionar a pacientes y /o usuarios la información necesaria para la utilización del mismo.
- . Elaborar blíster de forma manual y semiautomática.<sup>173</sup>

Aceptando la recomendación realizada por el CGCOF, de que cada Colegio Oficial de Farmacéuticos organizase, para las oficinas de farmacia de sus colegiados un modelo a seguir en la preparación del servicio SPD, en el Bloque de Publicaciones bajo el lema Mas Servicio, Mejor Salud, el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, presentó en noviembre de 2013 un dossier sobre *Sistemas Personalizados de Salud*, como autores indicaba: Comisión del Catálogo de Servicios del COFM; Diseño: etérica; Editor COFM.

---

<sup>173</sup>Cf. Curso on line, gratuito, Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, patrocinado por Boehringer Ingelheim, duración 12 de noviembre a 17 de diciembre 2013.

A modo de presentación indica que el Colegio tenía diseñado un Catálogo de Servicios homologados, protocolizados, atendiendo las necesidades concretas de la población, basado en la atención al paciente y en un modelo retributivo para garantizar la viabilidad de las oficinas de farmacia y que incluiría nuevos servicios farmacéuticos consensuados con la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid que se irían poniendo paulatinamente a disposición de los usuarios.

El Sistema Personalizado de Salud que nos describían en el procedimiento que presentaba, estaba encuadrado dentro del Catálogo de Servicios.

Tanto el procedimiento normalizado como los correspondientes anexos estarían, de inmediato, disponibles en formato electrónico, e incorporados en el programa “Más Servicio-Mejor Salud” del Catálogo de Servicios acordados entre el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid (COFM) y la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

En la “Introducción” indicaba que una de las principales funciones del farmacéutico es garantizar que el paciente reciba la medicación promoviendo una utilización segura y racional; por eso, en el momento de la dispensación debemos tratar de implicar al paciente en el conocimiento y gestión de su enfermedad y en el tratamiento y así mejorar su adherencia al mismo. Continuaba hablándonos de la adherencia como en cualquier otro trabajo de esta índole, señalando como diana a los pacientes polimedicados, con patologías crónicas, edad avanzada, dificultad visual, pérdida de memoria, etc.

En esta situación lo más procedente era utilizar dispositivos de ayuda al cumplimiento y adherencia en los que se incluían los SPDs.

Adentrándose ya en el tema nos ofrece la definición de SPD, como en todos los trabajos sobre SPDs, también indica: “En este dispositivo el farmacéutico coloca de manera especial los medicamentos que, tras su dispensación, el paciente le entrega para ese fin. Esta preparación habitualmente cubre las necesidades de un paciente durante el periodo de tiempo de una semana”.

Resumiendo, aproximándonos a la preparación, nos expone, es un acto post-dispensación para cuyo desarrollo es imprescindible obtener autorización del paciente y/o cuidador, puesto que la norma legal establece que los medicamentos deberán dispensarse respetando la integridad del

acondicionamiento primario para garantizar al usuario que el medicamento mantiene la composición, calidad y cantidad del producto envasado en el Laboratorio preparador. Como algunos de los principios activos utilizados con frecuencia deben conservarse en envases con cierre hermético, para elaborar el SPD hay que utilizar dispositivos homologados y con alto grado de hermeticidad.

Se debe disponer de un procedimiento normalizado de trabajo que permita la implantación de este servicio de forma estandarizada y con plena asunción de responsabilidades. Igualmente el Seguro de Responsabilidad Civil Profesional debe incluir la cobertura de este servicio siempre y cuando se realice conforme a dicho procedimiento.

Seguidamente se centra en la adherencia terapéutica recordándonos es un fenómeno multifactorial determinado por la acción de varios tipos de factores. Cada enfermedad podrá estar influenciada por todos, varios o por sólo alguno de ellos, en función de sus características particulares.

Respecto a los Métodos de Medida de la Adherencia al Tratamiento indica que, a la vista de que no hay un método absoluto para determinar el nivel de cumplimiento, indica se están utilizando métodos directos e indirectos:

Medidas directas. Por un lado se basan en la determinación de la concentración de fármaco en sangre, orina u otro fluido y por otro lado, en la observación directa de la ingesta del medicamento. Estos métodos no son de utilidad en la práctica diaria, excepto en algún ensayo clínico y para determinados fármacos.

Medidas indirectas. Sencillas de manejar pero no tan fiables:

- . Entrevista al paciente (test de Morisky-Green, test de Batalla, test de Haynes-Sacket)
- . Cumplimiento de visitas programada
- . Evaluación de resultados terapéuticos
- . Recuento de comprimidos (modificable por el paciente)
- . Juicio médico (sobrestima el cumplimiento)

Con el análisis de cumplimiento se obtiene una clasificación sencilla del tipo de paciente ante el que nos encontramos:

- . Incumplidor parcial. Cumple sólo en algunas ocasiones
- . Incumplidor esporádico. Incumple de forma ocasional

- . Incumplidor secuencial. Abandona el tratamiento durante periodos en que los síntomas mejoran y el paciente se siente “curado” y lo reinicia cuando aparecen síntomas.
- . Cumplidor de bata blanca. Toma la medicación cuando se aproxima la visita al médico
- . Incumplidor completo. Existe un abandono indefinido del tratamiento.

La falta de adherencia al tratamiento puede tener graves repercusiones:

- . En su calidad de vida, pues empeora notablemente, un bajo cumplimiento ocasiona retraso en la curación, recaídas, etc. También puede darse un caso particular, es cuando el paciente toma más dosis que la pauta, con el posible aumento del riesgo de aparición de efectos adversos y/o tóxicos.
- . Una repercusión importante en la falta de adherencia es la distorsión que se produce respecto al facultativo prescriptor, quien al ver que no encuentra la respuesta esperada al tratamiento y preguntado al paciente, con el test que más confianza le proporcione, nunca le reconocerá el paciente su incumplimiento, puede dar lugar a un aumento innecesario de dosis o introducción de nuevos medicamentos entre otras decisiones.

Ambos aspectos perjudican al paciente y ocasionan un aumento del gasto sanitario.

Corresponde al farmacéutico que durante la dispensación, el paciente se sienta apoyado y educado a favor de su adherencia al tratamiento. Esto supone que el farmacéutico tenga la suficiente preparación científica y sensibilidad psicológica, para encontrar la estrategia a adoptar en cada caso condicionado por la edad del paciente, el número de medicamentos utilizados, existencia de problemas cognitivos o problemas de memoria (olvidos de las tomas), de la motivación para cumplir el tratamiento y del apoyo familiar que tenga el paciente.

A parte de la legislación pertinente, y la naturaleza del medicamento, cuyo conocimiento nos condiciona, también deberemos saber o intuir ante cualquier situación que dependa de nuestra interlocución con el paciente, como en el caso de la adherencia, que el abordaje lo podemos hacer desde varios puntos de vista: cognitivo, afectivo y conductual, teniendo en cuenta que ninguna estrategia es efectiva por si sola y habrá que utilizarlas, seguramente, combinadas.

En general para mejorar la adherencia se puede basar en hacerle más fácil ser fiel al tratamiento, por ello adoptaremos dar instrucciones claras y concisas al enfermo, usar recordatorios, hacer refuerzo positivo al hablar con el paciente, valorando su esfuerzo y sacrificio y el de su familia; estas recomendaciones debemos adaptarlas a cada paciente (no hay que agobiar), ser regulares y mantenerlas en el tiempo pues, los estudiosos de estos temas, indican se ha visto que cuando cesa la intervención disminuye la adherencia.

En cuanto a la repercusión económica, la no observancia terapéutica puede aumentar el gasto sanitario por:

- . Falta de efectividad del medicamento
- . Empeoramiento o complicaciones de la enfermedad
- . Cambio frecuente de medicamentos
- . Posible incremento de ingresos hospitalarios
- . Incremento de pruebas diagnósticas adicionales
- . Disminución de la calidad de vida

Conforme avanzamos en la lectura de este documento nos adentramos en la información de sus contenidos y así llegamos a su “Objetivo”: “El objetivo del presente procedimiento es definir y describir el SPD, con el propósito de asegurar su correcta preparación y utilización”.

Indican que este sistema aporta un valor añadido a la prestación farmacéutica, es fácil de implantar, ayuda a mejorarla salud, se evitan los problemas de manipulación y conservación, reduce el botiquín casero, fideliza al paciente y puede generar ingresos adicionales a la oficina de farmacia.

Nuestra opinión particular es que no se “fideliza”, si un paciente viene por el servicio de SPD, seguramente su farmacia habitual tendrá magníficos profesionales que no realizan SPDs tal vez por falta de espacio, pero están ubicados más cerca de su domicilio y en cuanto puedan ofrecerle ese servicio el paciente volverá a su farmacia de siempre, la condición humana busca su comodidad.

En cuanto a generar ingresos lo consideramos muy dudoso, hasta que no encontremos el precio justo razonable, y alguien que esté dispuesto a pagarlo, aceptaremos lo actual, pues todo el mundo dice que lo que no cuesta dinero no se valora, pero reconozcamos que desde el margen de



unos medicamentos cada vez más depreciados, a estas autovaloraciones, estamos infravalorando una prestación profesional de categoría, pues es la categoría del profesional capacitado para llevarla a cabo.

El servicio de SPD, como todo servicio que ofrezcamos, requiere de una formación tanto del personal que va a preparar los dispositivos como de los pacientes que los van a usar y, por tanto, estará basado en una relación de confianza entre partes (paciente-farmacéutico) pues son los responsables de la realización del servicio y de su aceptación.

Continuando con el documento del COFM, cuando tratan el “Alcance”, indican que el ámbito de aplicación del servicio, de acuerdo con el procedimiento que establece este documento, es la oficina de farmacia.

Entramos en el campo del “Medicamento”, relación de los que en función de su forma farmacéutica y características fisicoquímicas y galénicas, pueden permanecer estables durante el tiempo previsto para su utilización. Sean o no prescritas por el médico, bajo la estricta responsabilidad del farmacéutico.

Seguidamente nos expone la relación de medicamentos que no podrán ser aplicados al sistema SPD:

- . Polvos, sobres y granulados.
- . Cápsulas y comprimidos cuyas características físico-químicas hagan aconsejable que no se abra el blíster original hasta la hora de la administración: efervescentes, higroscópicos, sublinguales y dispersables.
- . Supositorios y preparados vaginales.
- . Otros muy evidentes: parches; precisan cadena de frío; citotóxicos; la ficha técnica lo desaconseja expresamente; caducidad menor a 28 días; cuando a criterio del farmacéutico, no se garantice el objetivo para el que se ha establecido el procedimiento.

En cuanto a los “Pacientes”, indican que el farmacéutico, según su criterio profesional y en base a los objetivos del procedimiento, ofertará el servicio de SPD a los pacientes que puedan beneficiarse del mismo y acepten las condiciones para su realización y, a modo orientativo, indican que los criterios de inclusión podrían ser:

- . Pacientes con problemas cognitivos

- . Pacientes con edad avanzada
- . Tratamiento con tres o más fármacos (polimedicados)
- . Pacientes sin familiar o cuidador de referencia
- . Toma de dosis irregulares.
- . Pacientes invidentes o con otros déficits sensoriales
- . Pacientes discapacitados
- . Pacientes con problemas para organización y toma de medicamentos
- . Cualquier otro paciente que acepte el servicio

Se consideran criterios de exclusión para acceder a este servicio, el cumplimiento de una o más de las siguientes características:

- . Pacientes que rechazan el servicio o que no quieren firmar la hoja de consentimiento.
- . Pacientes con disminución de la capacidad funcional, pero que a pesar de cumplir criterios de inclusión, no tienen ninguna persona de referencia.
- . Pacientes que únicamente toman medicamentos con formas farmacéuticas que no son acondicionables
- . Pacientes de los cuales no se puede disponer de toda la información sobre los medicamentos que toman
- . Pacientes que a criterio del farmacéutico no deban ser incluidos en el servicio, a pesar de solicitarlo.

Entrando en las “Responsabilidades”, nos indica:

- . El farmacéutico titular de la oficina de farmacia, es responsable del servicio de SPD que se ofrece en su farmacia.
- . Farmacéutico elaborador, responsable durante el proceso de elaboración, y del producto acabado.
- . Farmacéutico verificador, responsable de que el proceso se ha efectuado correctamente. Se recomienda que sea un farmacéutico distinto al que realiza el proceso, salvo que la oficina de farmacia solo disponga de un farmacéutico. En este caso, éste asumirá las funciones de farmacéutico elaborador y farmacéutico verificador.

El que exista más de un farmacéutico en la oficina de farmacia, evita la paralización del servicio en vacaciones, bajas por enfermedad, etc.

. Técnico o auxiliar de la oficina de farmacia. Puede participar en la elaboración del blíster, pero la comprobación final ha de ser verificada por un farmacéutico.

. Paciente / cuidador, como persona receptora del servicio es responsable de la conservación y almacenamiento de los SPD una vez se los ha entregado la oficina de farmacia.

Al referirse a los “Requisitos Técnicos”, indica que las oficinas de farmacia que quieran realizar SPDs deben disponer de:

. Zona de atención personalizada, atendiendo al contenido de la Ley de Ordenación Farmacéutica.

. Zona de almacenamiento de medicamentos utilizados para preparar SPD

. Zona de preparación y reacondicionamiento. La preparación debe realizarse en el laboratorio de formulación magistral y en caso de no preparar fórmulas, en un espacio acondicionado con las mismas normas que el laboratorio de formulación. Durante la realización del SPD, en esa zona estará prohibida la realización de cualquier otra práctica para no contaminar el lugar de trabajo, por lo tanto, se debe trabajar en momentos diferentes. Se recomienda que la humedad para realizar el SPD se sitúe entre el 40% y el 60% (utilizando un higrómetro para el control), la temperatura no sobrepasará los 25°C y no existan corrientes de aire.

Respecto al “Material básico” son los que ya conocemos:

. Los medicamentos del paciente susceptibles de ser incorporados al SPD

.Dispositivos SPD homologados y certificados por el fabricante. El dispositivo es tipo blíster con alveolos, normalmente 28, para reacondicionar los medicamentos correspondientes a los 7 días de la semana.

. Sistema de cierre de los dispositivos según especificaciones del fabricante.

. Utillaje para fraccionar comprimidos (bandeja, cúter, etc.)

. Material para la manipulación del medicamento pinzas, guantes de látex para cada SPD realizado (precaución en pacientes alérgicos al látex, en tal caso utilizar guantes de algodón).

. Bata, mascarilla y cubrecabezas en caso necesario.

. Etiquetas.

Para el Almacenamiento e Información, es necesario:

- . Cubetas o similar, identificadas con el nombre del paciente para la custodia y conservación de la medicación restante.
- . Sistema informatizado del Catálogo de Servicios proporcionado por el COFM o sistema informatizado facilitado por el fabricante de los dispositivos SPD (que podrán estar enlazados a la aplicación informática del Catálogo de Servicios del COFM) para archivar la documentación que se genera, con los medios necesarios para garantizar la confidencialidad de los datos sobre la salud (LOPD).

Los programas informáticos para la preparación de los SPD deberán estar adecuados a los procedimientos y a la documentación derivada de este documento. Si no se dispone de sistema informático, esta información habrá de ser recogida y archivada de forma manual.

En la documentación correspondiente al Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT): nos indican que la oficina de farmacia deberá disponer como mínimo de la siguiente documentación:

- . Procedimiento normalizado de trabajo para elaboración de SPD.
- . Procedimiento normalizado de trabajo de limpieza y mantenimiento de la zona de preparación de SPD.

Sobre la “Bibliografía”, traza unos mínimos:

- . Farmacopea Española.
- . Programa informático “Mas Servicios, Mejor Salud” del Catálogo de Servicios del COFM (incorpora base de datos de medicamentos).
- . Acceso por internet a bases de datos de medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ([www.aemps.es](http://www.aemps.es)), Martindale, Stockley, etc.

Pasando a la “Descripción y Secuencia de Actividades”: indica que todas las oficinas de farmacias que quisieran implementar el servicio de SPDs según los requisitos establecidos por el COFM tienen que cumplir el procedimiento normalizado de trabajo establecido en el presente documento.

Todos los Anexos que se citan a lo largo de este apartado son modelos que contienen la información mínima necesaria para llevar a cabo este servicio

y están incluidos en el programa informático del COFM “Más Servicio Mejor Salud”.

A continuación explican que el proceso consta de dos partes diferenciadas, la fase “documental” en la que se oferta el servicio y recogida de datos y la fase “técnica” donde se realiza el SPD propiamente dicho, nos van a detallar los pasos fundamentales para la elaboración del SPD

#### 1. Solicitud de la Inscripción del Farmacéutico y la Oficina de Farmacia.

Todos los farmacéuticos y las oficinas de farmacia que deseen participar en la elaboración de SPD según requisitos establecidos por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, deberán incorporarse al Catálogo, cumpliendo los siguientes requisitos:

- . Solicitar su inclusión en el Catálogo de Servicios del COFM, a través de la solicitud de inscripción.
- . Disponer de VPN
- . Aceptar las condiciones técnicas y organizativas del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid.
- . Disponer del programa informático “Más Servicio Mejor Salud” (opcional).

La “solicitud de inscripción” de la oficina de farmacia para poder prestar el servicio de SPD según los requisitos del COFM deberá contener esta información:

- . Datos identificativos de la oficina de farmacia.
- . Datos del personal que elabora SPD en la oficina de farmacia.
- . Declaración responsable de que el solicitante dispone de los medios personales y materiales para llevar a cabo la elaboración de los SPD. .
- . Declaración responsable de que el solicitante dispone de los siguientes documentos:
  - Los procedimientos normalizados de trabajo mínimo necesarios para la correcta elaboración del SPD.
  - Certificados emitidos por el COFM donde se certifica que el personal farmacéutico que interviene en el proceso ha superado el correspondiente curso de formación coordinado por el COFM y acreditado por la Subdirección General de Formación y Acreditación Docente Sanitarias.

. Que la oficina de farmacia cumple todos los requisitos que establece el procedimiento normalizado de trabajo establecido por el COFM.

El COFM verificará los datos de la solicitud y notificará al solicitante la resolución.

Seguidamente nos indican en que momentos debemos realizar dicha solicitud:

. Cuando el farmacéutico titular de una oficina de farmacia quiere elaborar SPD según los requisitos que establece el COFM.

. En caso de traslado de la oficina de farmacia o cambio de titularidad, se debe solicitar de nuevo la inscripción de la oficina de farmacia como Farmacia Participante en el servicio SPD del Catálogo de Servicios del COFM.

. En el caso de modificación de las condiciones expresamente aprobadas y recogidas en la solicitud.

La solicitud de inscripción se puede realizar por la página web [www.cofm.es](http://www.cofm.es), a través de la aplicación informática “Más Servicio Mejor Salud” o enviando el formulario habilitado al efecto, del que adjuntan un modelo en el Anexo 1 “Solicitud de inscripción en el servicio”.

## 2. Información al Paciente Sobre el Sistema Personalizado de Dosificación (SPD).

A través del dialogo con el paciente es el momento en que el farmacéutico detecta si un paciente debe ser incluido en el servicio de SPD, bajo los criterios incluidos cuando en el apartado “Alcance”, nos exponen los criterios de inclusión de los pacientes.

Cuando hemos decidido incluir a un paciente, es perentorio informarle de varios aspectos:

. Se le explicará, de forma sencilla qué es y en qué consiste el SPD y las ventajas que obtendrá del servicio (mejor cumplimiento de su tratamiento farmacológico y disminución de posibles errores de medicación).

. El farmacéutico advertirá al paciente de la necesidad de disponer de sus datos personales y farmacológicos actualizados. Datos que trataremos según lo legislado sobre Protección de Datos de Carácter Personal, sin

olvidar que debemos notificarlo a la Agencia Española de Protección de datos.

- . Aclararemos al paciente que los medicamentos dispensados que vayan a incluirse en los SPDs quedarán en depósito en la farmacia mientras dure el tratamiento o hasta que él los solicite.

- . Le explicaremos que necesitamos disponer de las recetas con suficiente antelación para solicitar la medicación con tiempo y renovarle sus prescripciones.

- . Se le indicará el coste del servicio.

- .Le haremos saber que el farmacéutico asume la responsabilidad de realizar el servicio de acuerdo con un procedimiento de trabajo, a fin de mejorar la efectividad y seguridad de su tratamiento.

- .Si acepta el servicio le enseñaremos el manejo con un dispositivo de prueba, tantas veces como sea necesario.

En el documento que nos están presentando, indican que adjuntan en el Anexo 2 la “Hoja de información del servicio”.

Seguidamente tendremos que requerir del paciente su autorización para realizarle el servicio de SPD. Para poder llevarlo a cabo precisamos un consentimiento informado firmado en el que el paciente o su representante legal, haga constar que:

- . Entiende en qué consiste el servicio ofrecido.

- . Acepta voluntariamente el servicio y también acepta que éste se mantendrá mientras dure el acuerdo. El paciente puede abandonar el servicio libremente cuando lo desee.

- . Consiente el registro de sus datos personales, farmacológicos y sanitarios para ser usados exclusivamente para el servicio de SPD.

- . Autoriza a la farmacia a custodiar los medicamentos necesarios para la preparación del SPD.

- . Se compromete a avisar de cualquier cambio de medicación u otras condiciones que varíen las condiciones iniciales del tratamiento y a hacer llegar a la farmacia las recetas con la suficiente antelación.

- . Cumplirá las condiciones de conservación y seguridad del blíster indicadas por el farmacéutico.

El farmacéutico también firmará el documento comprometiéndose a:



- . No hacer uso de los datos del paciente sin su consentimiento y según rige la norma de Protección de Datos de Carácter Personal.
  - . Realizar todo el proceso según su Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) y por profesionales cualificados para ello.
  - . Custodiar adecuadamente el resto de medicamentos necesarios.
  - . Proporcionar la información necesaria para facilitar la correcta utilización de los medicamentos.
  - . Avisar al paciente, a la mayor brevedad, de cualquier eventualidad que invalide un blíster (retirada del mercado de un medicamento o de un lote)
- Para todo lo expuesto se adjunta un modelo en el Anexo3 “Autorización y consentimiento informado”.

Una vez firmada la autorización por ambas partes, se hará por duplicado o fotocopia y así el farmacéutico archivara una y entregara al paciente la otra. Será conveniente que se rellene el test de adherencia “Test de Morisky-Green-Levine” (se adjunta un modelo en Anexo4) y se archive con el resto de la documentación.

### 3. Entrevista inicial y Ficha del Paciente.

Nos indica que inmediatamente se abrirá un archivo para el paciente con sus datos personales, nombre, apellidos, fecha de nacimiento, dirección, teléfono de contacto; datos que obtenemos de la entrevista y procuraremos sea lo más completa posible, por eso, debemos obtener de ella datos de la medicación, nombre del medicamento (CN), posología, duración del tratamiento; ahora tenemos que pensar en si puede incluirse en SPD; en caso de paciente polimedicado, con plenas capacidades cognitivas valoraremos el conocimiento y adherencia, así como la efectividad y seguridad de la farmacoterapia. En el caso de personas con dificultades cognitivas, será la persona responsable la que nos ayude a realizar la ficha farmacoterapéutica. Esta es la batería de preguntas para cada paciente y cada fármaco.

Es conveniente disponer de los datos del médico (nombre, apellidos, número de colegiado y teléfono de contacto, si se puede disponer de él). En este archivo iremos introduciendo toda la documentación inicial (autorización firmada por ambas partes y test inicial de adhesión al tratamiento) y todos aquellos documentos que se vayan generando por la

realización del SPD. Sobre la ficha del paciente nos aclaran que adjuntan un modelo en el Anexo 4.

Al médico nos interesa tenerle localizado, a veces es el propio médico el que solicita la inclusión del paciente en SPD, también es conveniente que nosotros le informemos de el servicio que se le va a realizar al paciente. En este dossier incluyen modelos para contactar con el médico, en el Anexo 6 ponen “Carta dirigida al médico” para presentar el servicio al médico (esto es opcional). Si contactamos con el médico nos interesa nos ratifique el tratamiento del paciente; también, encontramos en el Anexo 7 el modelo de “Hoja de medicación” es opcional, pero sirve para asegurarnos en caso de que no se disponga de plan de medicación electrónico; esta hoja de medicación debe contener:

- . Datos del paciente.
- . Datos del médico.
- . Medicación, nombre, dosis y CN.
- . Posología.
- . Inicio y fin del tratamiento.
- . Observaciones.

4. Revisión del tratamiento y control de posibles incidencias asociadas a la medicación. Seguimiento del Servicio.

Una vez recopilada la información obtenida del paciente, o del médico si existe contacto con él, el farmacéutico ratificará la idoneidad de la dispensación de los medicamentos. Las incidencias pueden ser debidas a:

- . Duplicidad terapéutica.
- . Interacción medicamentosa.
- . Otros

Estas incidencias se registrarán en el apartado correspondiente de detección de incidencias y propuesta de intervención de la ficha del paciente (corresponde Anexo5).

Tras la revisión del tratamiento de pacientes ya incluidos en el servicio SPD, hay que asegurarse de que el médico no ha efectuado ningún cambio de medicación antes de preparar el blíster semanal. Si ha tenido una hospitalización es recomendable pedirle al paciente el informe de alta, cuya copia quedará en la farmacia.

Aunque es opcional, se recomienda llevar un seguimiento de la medicación para asegurar la renovación de prescripciones (número de envases consumidos). Este registro será cumplimentado por el farmacéutico, el cual lo entregará al paciente para que se lo muestre al médico en la próxima visita. El modelo corresponde Anexo 11.

Si el paciente causa baja en SPD por petición propia o a petición del farmacéutico (fallecimiento/cambio de domicilio/ baja voluntaria/uso incorrecto/cambio frecuente de medicación/incumplimiento visitas) se registrará dicha baja en el apartado correspondiente del consentimiento informado y, cuando sea posible, con aceptación tanto del paciente como del farmacéutico, y se anotará en la ficha del paciente.

Para la gestión de residuos informaremos al paciente que en el punto Sigre de la oficina de farmacia puede depositar:

- . Medicamentos caducados
- . Medicamentos retirados
- . SPDs de tratamientos suspendidos o cambiados.
- . SPDs que contengan medicamentos retirados

Una vez que el farmacéutico verificador ha comprobado que todos los datos de la ficha del paciente son correctos, el farmacéutico preparador podrá comenzar la elaboración del SPD, no obstante, antes deberá cumplimentar la “Hoja de elaboración y control” cuyo modelo está en el Anexo 8. Esta hoja se debe rellenar cada vez que se realice el SPD aunque no haya habido cambios en el tratamiento. Se debe registrar:

- . Fecha de preparación.
- . Paciente.
- . Número de registro del SPD.
- . Periodo de validez del blíster preparado.

Cuando vengán a por el otro blíster el paciente debe devolver a la farmacia el blíster utilizado. Es una manera de comprobar el grado de adherencia (relativamente) y haremos una adecuada gestión de los residuos.

- . Para cada medicamento dispondremos de un registro donde se anotará:
  - CN del medicamento
  - Posología
  - Unidades semanales

- Número de Lote
- Caducidad
- Incidencias
- Farmacéutico elaborador
- Farmacéutico verificador
- Control de calidad, verificación final del blíster (etiquetado y contenido)

5. Antes de comenzar con el proceso técnico deberemos tener preparados los dos tipos de etiquetas que se pegarán a la cara anterior del blíster y otra que será adherida en la cara posterior. Los dos modelos se encuentran en el Anexo 9.

En la etiqueta de la cara anterior se listarán todos los medicamentos que toma el paciente y que no es posible reacondicionar constando:

- . Datos de la farmacia
- . Datos del paciente
- . Número de registro del blíster
- . Periodo de validez
- . Medicación no incluida en el SPD (medicamento y dosis, pauta y observaciones)
- . Advertencias de uso: “Manténgase fuera del alcance de los niños. Conservar en lugar fresco, seco, y protegido de la luz. Recuerde comunicar a su farmacéutico cuanto antes cualquier cambio de medicación”.

Etiqueta cara posterior: Aquí se anotarán los medicamentos contenidos en el blíster. Se debe especificar:

- . Datos del paciente
- . Número de registro del SPD
- . Periodo de vigencia
- . Medicación incluida en el SPD (medicamento, dosis, forma farmacéutica, pauta y descripción)
- . Advertencias de uso.

Iniciando la preparación del SPD, la información que encontramos es “llenar el blíster semanal” y nos indica:

- a) Separar los medicamentos que se deben acondicionar en el blíster de los que no se incluirán.

- b) Coger un único medicamento para acondicionarlo cada vez.
- c) Cumplimentar los datos de la hoja de elaboración y control.

La distribución de los medicamentos según la pauta para cada día de la semana. Los datos recogidos nos permitirán conocer la cantidad total de medicamento que se necesita para rellenar el SPD. De esta forma, se sabrá de antemano la cantidad de unidades que se necesitan. Además, será útil para trazar posibles errores durante la preparación. Así, cada vez que se rellena el blíster con un fármaco se podrá contar y comprobar si coincide con la anotación previa que se ha hecho al cumplimentar el documento.

- d) Coger otro medicamento y repetir la misma secuencia.

Teniendo siempre presente las formas farmacéuticas y medicamentos que pueden ser reacondicionables y los que no.

Nos recuerdan que la USP 24 establece las características que han de tener los envases para acondicionar tanto cápsulas como comprimidos. De hecho, en los listados aparecerán con una “W” (Well closed) aquellos principios activos que necesiten un envase bien cerrado, con una “T” (ThighNt) los principios activos que necesiten un envase hermético y con las letras LR (Light Resistant) los principios activos que necesiten envases resistentes a la luz.

Dado que algunos de los principios activos más frecuentes deben conservarse en envases con cierre hermético, indica se deben utilizar dispositivos homologados con un alto grado de hermeticidad. En ese momento deriva a la USP XXIV que establecía que los envases para SPD debían cumplir los requerimientos de permeación a la humedad de la Clase B. En función de los estudios gravimétricos en condiciones extremas

(75 +\_ 3% de humedad relativa y 23 +\_ 2°C):

Clase A: Incremento <\_ 0.5mg.

Clase B: Incremento <\_ 5mg.

“Comprobar el contenido”. El farmacéutico verificador debe comprobar la concordancia con el SPD realizado. Se anotarán las incidencias y se especificará como se han resuelto.

“Cerrar el dispositivo”. Debe hacerse según las especificaciones del fabricante.

“Etiquetar el dispositivo”. Por las dos caras en el caso de no haberlo hecho al inicio.

“Control de calidad”. Inmediatamente después del cierre del SPD el farmacéutico verificador:

- . Realizará un nuevo recuento de los alveolos.
- . Comprobará que los datos que constan en la etiqueta del dispositivo coinciden con los anotados en la ficha del paciente.

Una vez pasado el control de calidad, el farmacéutico preparador y el verificador firmarán la Hoja de elaboración y control, dejando así constancia de la verificación realizada.

“Guardar los SPD”. Los dispositivos preparados se guardarán en su lugar correspondiente, hasta ser entregados al paciente. La medicación sobrante se custodiará en su envase original y en el contenedor individual de cada paciente.

“Documentación generada”. Los documentos generados deben guardarse mientras se haga el seguimiento del servicio.

## 6. Entrega al paciente:

Acabada la preparación del dispositivo SPD y realizados los controles de calidad, se entrega al paciente. Le recomendamos entregue los dispositivos vacíos de la semana anterior.

Al inicio de cada envase o cuando se produzca un cambio de tratamiento se deben facilitar al paciente todos los prospectos de los medicamentos dispensados e incluidos en el SPD.

El periodo de validez para la utilización del dispositivo vendrá determinado por la duración del tratamiento con los medicamentos incluidos en el dispositivo (generalmente una semana); si por necesidades del paciente debe retirar cuatro dispositivos de una vez, el periodo de validez que debe constar es de un mes, y nunca será mayor que la fecha de caducidad de cada uno de los medicamentos que se incluyen.

Se entrega al paciente la hoja de instrucciones (cuyo modelo adjuntan en Anexo 10) para que recuerde el manejo correcto del dispositivo y las condiciones de conservación: lugar fresco y seco, protegido de la luz y fuera del alcance de los niños. Además de entregarle la hoja se lo recordaremos verbalmente.

Nosotros debemos, siempre, identificar a la persona que recoge el SPD mediante un acuse de recibo.

## 7. Seguimiento del servicio:

“Revisión del tratamiento de pacientes nuevos”. Una vez recopilada la información obtenida del paciente, el farmacéutico ratificará la idoneidad de la dispensación de los medicamentos. Las incidencias pueden ser debidas a:

- . Duplicidad terapéutica
- . Interacción medicamentosa
- . Otros

Las incidencias se registrarán en “detección de incidencias y propuesta de intervención” como hemos visto anteriormente al explicar la ficha del paciente. (corresponde al Anexo 5).

“Revisión del tratamiento en pacientes ya incluidos en el servicio SPD”.

Hay que asegurarse que el médico no haya efectuado ningún cambio de medicación antes de preparar el nuevo blíster semanal, si hubo hospitalización se pedirá informe del alta y se conservará una copia en la farmacia.

Aunque es opcional, se recomienda llevar un seguimiento de la medicación por el farmacéutico y el documento que genera se le entrega al paciente para que, en la próxima visita le lleve al médico. (modelo Anexo 11)

La dificultad en el manejo de envases se lo debemos preguntar con cierta frecuencia, pues no siempre lo reconoce voluntariamente.

“Baja del servicio”, ya hemos indicado que una baja se puede generar a petición propia, fallecimiento, cambio de domicilio, incumplimiento de visitas; siempre se registrarán en el apartado correspondiente y, se recomienda, conste la aceptación por parte del paciente y del farmacéutico y se anotará en la ficha del paciente.

La “gestión de residuos” ya ha sido tratada, en el punto Sigre de la oficina de farmacia.

Para finalizar la exposición, este documento nos presenta el Sistema Informático de Gestión para SPD. La aplicación informática “Más



Servicio-Mejor Salud” del Catálogo de Servicios del COFM, como en ese momento no estaba totalmente concluida, al informar nos hablan en futuro, “permitirá” conectar con el sistema de gestión SPD específico, y se “procederá” a la cumplimentación de la documentación asociada.

Continúa su información indicando que el sistema informático elegido “recogerá” como mínimo los siguientes datos:

- . Datos personales del paciente.
- . Datos del tratamiento actual.
- . Datos del familiar o persona responsable de la medicación.
- . Datos del médico/s prescriptor/es (si procede)
- . Histórico de las intervenciones realizadas por el farmacéutico.
- . Historial de SPD elaborados y su trazabilidad.

Si no se dispone de sistema informático ya conocemos que toda información que se genere será recogida y archivada en papel.

Para finalizar nos detalla toda la información que “estará” disponible en formato electrónico e incorporado en el programa “Más Servicio-Mejor Salud” del Catálogo de Servicios del COFM.

En la relación del enunciado de los Anexos, indican si es opcional.

También en futuro encontramos “Aseguramiento de la Calidad e Indicadores”. El sistema de aseguramiento se “realizará” automáticamente desde la aplicación al programa “Mas Servicio-Mejor Salud” y “deberá” contemplar:

- . La revisión del servicio, sus aplicaciones y sistemas un mínimo de una vez al año.
- . Un programa de formación continuada del personal asignado al Servicio.
- . La realización de una encuesta periódica al farmacéutico para valorar el grado de satisfacción con los servicios.

Para el seguimiento del servicio habían creado una “Comisión de Seguimiento con participación de representantes del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid”. Dicha comisión “hará” una evaluación general del servicio. En la evaluación se intentará abordar tanto los beneficios obtenidos por el paciente como los recursos empleados para su obtención, materiales y humanos.

Se monitorizará con carácter periódico, el seguimiento de los siguientes “Indicadores”, señala 8, y en el 2 nos presenta el tiempo promedio que siguen los pacientes en el servicio y en el 3, número promedio de medicamentos por paciente/mes, nos muestra las ecuaciones.

También incluye un Decálogo, en él destaca lo que considera más importante de todo lo que nos ha informado. Y el punto décimo indica “Establecer un sistema retributivo, definido por el titular de la oficina de farmacia, por la prestación del servicio”.

Seguidamente presenta los 13 Anexos que facilita el documento.

La presentación de los anexos es perfecta y muy útil van todos en su carpetilla individual con su portada indicando que número de anexo es en su título (se agradece esta presentación pues normalmente los ponen como una hoja más del trabajo en que te han presentado la realización de SPD).

En la hoja de presentación de cada anexo, indican el número y su denominación; las hojas siguientes son los documentos; es una presentación muy cuidada por ello, hemos optado por ofrecerlos en el Capítulo: Anexos.

#### Anexo 1, Modelo de solicitud de inscripción en el servicio

La siguiente hoja, que inicia la presentación de los modelos de este Anexo, se inicia con un texto: “Todos los farmacéuticos y las oficinas de farmacia que quieran participar en la elaboración de SPD deberán incorporarse al Catálogo de Servicios según requisitos establecidos por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid”.

Para ello deberán cumplir los siguientes requisitos:

- 1 solicitar su inclusión en el Catálogo de Servicios del COFM a través de la solicitud de inscripción.
- 2 disponer de VPN.
- 3 aceptar las condiciones técnicas y organizativas del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid.
- 4 disponer del programa informático “Más Servicio Mejor Salud”

Seguidamente presenta el espacio correspondiente a Datos de identificación de la oficina de farmacia y el de Farmacéuticos responsables de la preparación y verificación del SPD, en este último ofrece cinco espacios para farmacéuticos cuyos datos son, además de su correspondiente

identificación, la titulación académica, cargo en la farmacia y tipo de responsabilidad en el servicio.

El segundo documento de este Anexo Corresponde a los epígrafes:

- Declaración responsable de titular de la oficina de farmacia.
- Modalidades para tramitar la solicitud (a través de la página web o enviándolo al COF.)
- Localidad y fecha. Firma del titular y sello de la farmacia.

Anexo 2. Modelo de hoja de información del servicio:

En esta hoja hay que cumplimentar cinco cuestiones

- ¿En qué consiste el servicio?
- ¿Qué tipo de dispositivos se pueden utilizar?
- ¿Quién puede utilizar este servicio?
- ¿Qué hacer para el buen funcionamiento del servicio?
- ¿A qué se compromete el farmacéutico?

Anexo 3. Modelo de Autorización y Consentimiento del paciente.

Debe contener:

Datos de localización de la farmacia (nombre titular, dirección y teléfono)

Paciente y autorización a la farmacia

Datos de la farmacia, datos del titular y los cinco puntos a los que se compromete.

Datos de día en que se expende. Firma del farmacéutico y paciente. Si es el representante, indica el protocolo de literatura que hay que utilizar. Fechado y firmado.

Anexo 4. Test de Morisky-Levine

Nombre, edad y fecha.

Las cuatro cuestiones que lo componen y la disposición de las columnas para indicar si/no.

Anexo 5

Modelo de la ficha del paciente

#### Datos del paciente:

- Identificación del paciente
- Fecha de alta en el servicio
- Fecha de baja en el servicio.
- Motivos de baja:
  - Fallecimiento
  - Baja voluntaria .
  - Cambio frecuente de medicación
  - Uso incorrecto
  - Incumplimiento de las visitas
  - Cambio de domicilio

#### Otros datos de contacto

Datos completos, teléfono incluido para contactar en caso de novedades

Datos del médico (opcional)

Datos de salud (opcional)

- Enfermedad crónica
- Otros problemas de salud
- Alergias e intolerancias
- Observaciones

#### Datos de la medicación

-C.N (código nacional)    Medicamento/dosis    Posología    Duración del tratamiento    ¿Puede incluirse en SPD?

Evaluación de la pauta establecida-Detección de incidencias relacionadas con los medicamentos-.

Nombre    ·    P. Activo    ·    Posología    ·    Tipo incidencia    ·    Propuesta de intervención    ·    Resolución

#### Anexo 6

Modelo de carta dirigida al médico (opcional)

Incluye modelo de redacción y contenido completo.

Anexo 7 Modelo de hoja de medicación (opcional)

Incluye modelo que comprende Fecha-Paciente- Medicamento, dosis, pauta posológica, inicio tratamiento, fin tratamiento, observaciones. El modelo admite hasta diez medicamentos.

Nombre del médico, número colegiado, teléfono.

Firma del médico

Firma del Farmacéutico

## Anexo 8

Modelo de hoja de elaboración y control

-Fecha preparación

-Paciente

-SPD      Periodo de validez

-CN Medicamento   Posología (D-desayuno.A-almuerzo. C-cena. N-noche)

Unidades   semanales.   Lote,   Caducidad.   Incidencias.   Farmacéutico  
Elaborador

Farmacéutico Verificador

Verificación final del blíster: Etiquetado y Contenido

1 Aspecto	Apto	No Apto
-----------	------	---------

2 Contenido	“	“
-------------	---	---

3 Acabado	“	“
-----------	---	---

Comprobación realizada por

Fecha y hora

Firma

## Anexo 9

Modelo de etiqueta del SPD

Fecha      N° de registro de SPD      Periodo validez

Datos de la Farmacia

Completos con e-mail y Fax

Modelo de etiqueta que se incluye en la cara posterior del SPD

Datos del paciente

Nombre y Apellidos

Medicación no incluidos en el SPD

Medicamentos y dosis. Pauta. Observaciones. Recomendaciones

Modelo de etiqueta que se adhiere a la cara posterior del SPD

Datos del paciente

Nº registro SPD

Periodo validez

Medicación incluida en el SPD

Medicamento dosis y forma farmacéutica	Pauta	Descripción
--	-------	-------------

Anexo 10. Modelo de hoja de instrucciones para el paciente Este blíster contiene la medicación del plan terapéutico prescrito a:

Aquí se pone todos los: Recuerde, Guarde, Procure, Comience, Comunique, En caso de...

Anexo 11

Modelo de renovación de prescripciones

Paciente

Nombre y Apellidos, Nº SS. DNI, año nacimiento

Médico

Nombre Apellidos Nº Colegiado	fecha
-------------------------------	-------

Prescripciones

Desde	Hasta
-------	-------

Nombre del medicamento	Nº de envases consumidos
------------------------	--------------------------

Pone doce renglones

Firma del Farmacéutico

Sello de la Farmacia

Anexo 12

Procedimiento normalizado de trabajo de limpieza y mantenimiento de la zona de preparación del SDP

Contiene cuatro apartados:

Objeto

Alcance

Desarrollo

Registro

Registro: Registro de limpieza

Responsable de archivo: oficina de farmacia

Soporte; Papel/ Electrónico

Lugar de archivo. Carpeta de SPD.

Tiempo de conservación: un año

Anexo 13

Modelo de registro de limpieza

Zona	Periodicidad	Descripción limpieza
------	--------------	----------------------

Fecha.	Descripción.	Estado.	Responsable y firma
--------	--------------	---------	---------------------

Ofrece 18 renglones y en el encabezamiento “Estado” ofrece dos cuadrados, uno con la letra C=conforme, y NC= no conforme

Revisado por	Farmacéutico elaborador
--------------	-------------------------

El sistema se inició el 5 de septiembre de 2013 y su primera revisión fue el 5 de septiembre de 2015.<sup>174</sup>

También en 2013, a través de su Aula de Formación, el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid ofrece un curso con el título:”*Como implantar un SPD en la farmacia*” y lo acompañaba de un folleto denominado *Sistemas Personalizados de Dosificación*.

El folleto con el contenido teórico del curso iniciaba su información diciendo:

Los Objetivos Principales del Sistema Personalizado de Dosificación son:

- Asegurar la Utilización Correcta de los Medicamentos.
- Mejorar la Aderencia al Tratamiento Farmacológico.

Seguidamente encontramos todo el contenido teórico con una exposición concreta, sencilla, completa, pero no aporta más novedad que: el COFM considera que la acreditación personal tendrá que actualizarse cada 3 años, y que la inscripción de la farmacia tendrá una vigencia de dos años. El resto corresponde a repetición de lo ya expuesto.<sup>175</sup>

---

<sup>174</sup> Cf. *Catálogo de Servicios del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid*. 2013. *Sistemas Personalizados de Dosificación. Mas Servicio, Mejor Salud*. Edita Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid. Diseño:etéica. Edita, COFM. 2013

<sup>175</sup> Cf. [www.cofm.es](http://www.cofm.es) >sistemas-personalizados-de-dosificacion.

Cf. Curso de formación, *Como implantar un servicio de SPD en la farmacia*. Aula de Formación del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid. 2013.



En 2014 se publica un trabajo de investigación, realizado en Cataluña, llevado a cabo para conocer el grado de implantación y la magnitud del programa de seguimiento farmacoterapéutico con SPD en Barcelona basándose en una encuesta realizada a los farmacéuticos. El trabajo que presentaba los resultados de esa investigación llevaba por título:

“Encuesta a los Farmacéuticos del Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico con SPD en Barcelona. Grado de Implantación y Magnitud del Programa”

. En la introducción, nos hacen una retrospectiva del desarrollo en Cataluña, de los SPDs, ya que ellos fueron pioneros; recuerdan como el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona había empezado a trabajar con los Sistemas Personalizados de Dosificación en 2009 con el Grupo de Trabajo de Adherencia. Ya en 2001 había editado su primer protocolo que lo actualizaron en 2007 y que sirvió de base para la implantación del programa. En 2012, se había consensuado la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico con Sistemas Personalizados de Dosificación entre el Consejo de Colegios de Farmacéuticos de Cataluña y el Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña que hizo homogéneo el procedimiento en toda Cataluña como paso previo a la incorporación del servicio en programas de atención a la cronicidad.

Con esa nueva guía iniciaron un proceso de actualización de conocimientos en base al nuevo protocolo, a todos los farmacéuticos formados con anterioridad en SPD por el COFB. Consideraban que era necesaria para comunicar la adhesión de la prestación del servicio al Departamento de Salud. El proceso de actualización había sido una oportunidad única para hacer llegar a todas las farmacias prestadoras del servicio, el nuevo Programa.

Los objetivos de esta investigación fueron conocer el grado de implantación de la prestación del servicio SPD en las farmacias adheridas al programa. Evaluar las variables de proceso relacionadas con la coordinación multidisciplinar para protocolizar la atención al paciente crónico.

El método consistió en una encuesta en plataforma virtual integrada en el curso de actualización de la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico con

Sistemas Personalizados de Dosificación, necesario para la adhesión al Programa.

El análisis descriptivo de la encuesta activa de cumplimentación obligatoria, ofreció los siguientes resultados, que fueron obtenidos hasta el 30 de abril de 2014 en que finalizaba la validez de la acreditación del COFB y, se hacía necesaria la adhesión al nuevo protocolo, circunstancia que les hacía esperar una alta participación. A fecha de 4 de abril de 2014, 1.072 farmacéuticos habían respondido y otro 182 estaban en proceso. Esperaban tener resultados detallados y exactos sobre:

- . Tipo de paciente: institucionalizado o no, criterios inclusión/exclusión
- . Tratamiento farmacológico.
- . Coordinación multidisciplinar.
- . Recursos materiales y humanos.
- . Costes directos del programa.

Resultados:

Respuestas: 994 respuestas (30 abril 2014). Información de la situación de 656 farmacias.

En relación con la actividad:

- . “42 no tienen pacientes en la actualidad y 30 nunca han tenido.
- . 584 farmacias tienen 11.949 pacientes (18.9 paciente/farmacia)”

Bajas del programa:

- . “5624 pacientes han sido baja (51%=defunciones, 15,5%= ingreso en residencia, 6,9%=cambio de domicilio, 12,4%=baja voluntaria)”.

Limitaciones:

- . “153 (23,3%) farmacias se han visto obligadas a rechazar pacientes. Los motivos: 75,8% = no cumplir criterios de inclusión, 18,3%= la farmacia no los podía asumir y 4,6%= problemas con el Equipo de Atención Primaria (EAP)”.

Pacientes:

- . Un 50,9% de los pacientes eran ambulatorios, 45,5% en residencia y un 3,6% en centros de día.

. De pacientes derivados del EAP, la mayoría procedían del Médico de Familia (74,3%) y Enfermería (14,4%)

Costes:

. El tiempo medio invertido: visita inicial= 25,11min., visita de seguimiento= 9,80 min. y preparación del blíster= 16,33 min.”

En una gráfica que titula ¿Cuánto cobran por blíster? nos indica que el 45,0% no cobraban nada (0); el 25,0% de 10 a 15 euros; el 14,9% de 15 a 23 euros; el 5,0% de 23 a 25 euros y el 1,0% 25 euros

Conclusiones:

El Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico con SPD aseguraban, estaba consolidado en la provincia de Barcelona y se encontraba ampliamente implantado, tanto a nivel de farmacias comunitarias (FC) adheridas, de pacientes atendidos o de derivaciones de Atención Primaria.

También consideran que la integración de la FC en el Sistema Sanitario a través del servicio de seguimiento basado en los SPD era una realidad: “las derivaciones del EAP son ya la vía de entrada más frecuente al programa”.

Otra consideración era que el estado de consolidación del programa y el entorno hacían que, aunque a un precio simbólico, indican, aún muy alejado de los costes reales, ya eran mayoría las farmacias que cobraban SPD.

Estos resultados fueron presentados en el VI Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios celebrado los días 22-24 de mayo de 2014 en la ciudad de Málaga.

En el Congreso de INFARMA, celebrado en Barcelona del 21 a 27 de marzo, el año 2017, Pilar Gascón, Vocal de Investigación y Docencia del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona opinaba que los servicios profesionales farmacéuticos “actualmente han marcado un estilo para quedarse y hacer fuerte a la farmacia asistencial y profesional en la que creemos”, que se necesitaba formación “para poder ejercer estos servicios con los criterios de calidad que pretendemos es imprescindible que adquiriera las condiciones básicas”.<sup>176</sup>

---

<sup>176</sup> Barau Germés, M.; Rodríguez Caba, C.; et alts. 2014.”Encuesta a los farmacéuticos del programa de seguimiento farmacoterapéutico con SPD en Barcelona. Grado de implantación y magnitud del programa”. En *Farmacéuticos Comunitarios*. Volumen 6, Suplemento I. 2014.

En 2014, a través de la agencia *Europa Pres Madrid* encontramos un comunicado, que según indica esa redacción, titulado “Las farmacias madrileñas, preparadas para prestar servicios de SPD a los ciudadanos”, les había enviado el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, y a través de ello nos ponemos al día de cómo iba la situación en ese momento.

Se inicia la información indicando que cerca de 900 farmacias madrileñas estaban ya en condiciones de dispensar la medicación a través del Sistema Personalizado de Dosificación (SPD) que había desarrollado el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid (COFM).

Aclaraba que el servicio SPD era una de las diez prestaciones centradas en la detección, tratamiento y seguimiento de pacientes crónicos y grupos de población especiales que el COFM había consensuado con la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

El control del asma, la formación en primeros auxilios básicos, la detección del consumo abusivo de alcohol, el entrenamiento cognitivo, la detección precoz de la diabetes y de la hiperuricemia, el seguimiento de la automedida domiciliaria de la presión arterial o el test de días fértiles eran los otros servicios aprobados.

También informa que estaba convocada la quinta edición del curso “*Cómo implantar un sistema personalizado de dosificación en la farmacia comunitaria*” de una duración de 20 horas lectivas.

Comunica que tras el SPD, el Colegio trabajaba en la elaboración de los contenidos del segundo servicio que iba a lanzar en el área de control del asma y de la EPOC.<sup>177</sup>

El 24 febreo de 2016 el Pleno del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos aprobó la difusión de documento *Gestión de residuos de medicamentos, caducidades y devoluciones desde la Farmacia Comunitaria*. Publicado dentro de la colección Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España con el nº 09.

---

Cf. <https://www.farmaceuticoscomunitarios.org/es/journal-article/encuesta-farmaceuticos-del-programa-seguimiento-farmacoterapeutico-con-spd-barcelona>

<sup>177</sup> Cf. <https://www.europapres.es>madrid>noticia-farmacias-madrileñas-prepar>

En su introducción nos indica que el ciclo del medicamento nace con la investigación y el desarrollo del mismo, pero no concluye hasta la correcta eliminación de los residuos generados al final del proceso, tanto del medicamento como del envase que lo contuvo o contiene, por las posibles trazas que pueda contener.

Alude que el papel del farmacéutico comunitario en la correcta gestión de medicamentos, residuos de medicamentos y sus envases, comprende:

1. Medicamentos caducados y devoluciones desde la farmacia comunitaria.
2. Envases y residuos de medicamentos de procedencia doméstica.

Depositándolos en el punto que tiene la farmacia para el Sistema Integrado de Gestión de Residuos (SIGRE) y su entrega por gestor apropiado.

En cuanto a su gestión, la mayoría de las Comunidades Autónomas habían aprobado normativas específicas que regulaban los lugares, los agentes implicados y las obligaciones que deben asumir, haciendo referencia de manera expresa, las farmacias.

El lugar del contenedor debe estar dentro de la farmacia para el control y cuidado por parte de un farmacéutico.

Todos los medicamentos susceptibles de ser depositados en el contenedor de gestión de residuos de medicamentos incluirán en su envase el correspondiente logotipo; en caso de Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD), las farmacias que preparasen este tipo de sistemas procurarán tomar la precaución de aprovisionarse en fabricantes de SPD que se hayan adherido a un Sistema Integrado de Gestión de Residuos para garantizar la correcta eliminación de los SPD. Estos sistemas tendrán que llevar el logotipo. Los restos de los medicamentos utilizados para realizar los SPD se depositarán, igualmente, en el contenedor.

La recogida de medicamentos para el SIGRE, también nos sirve para poder controlar al paciente y con la información que nos proporciona esta recogida, si fuera necesario, entrevistarle, derivarle a servicios farmacéuticos como Seguimiento Farmacoterapéutico, SPD, etc.<sup>178</sup>

---

<sup>178</sup> Cf. CGCOF. 2016. *Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España*. Cuadernillo Nº 9. *Gestión de residuos de medicamentos, caducidades, devoluciones desde la Farmacia Comunitaria*. 2016

Con respecto a SIGRE, esta empresa mantiene en Internet una información muy completa sobre la gestión de los residuos que genera el SPD de un solo uso en la oficina de farmacia.

Se publicó en 2014, pero se mantiene la información en Internet.

En todas las informaciones que se ofrecen de SPD, indican que se debe trabajar con embases de fabricante adherido a SIGRE, pero nos insisten el procedimiento a seguir si no trabajas con un fabricante adherido; en esta situación, el farmacéutico tiene que firmar el Contrato de Adhesión a SIGRE como envasador y como tal tiene que cumplir con las obligaciones contenidas en la Ley 11/1997 de envases y residuos de envases (LERE); aportación económica; declaración de envases; auditorias de control, etc.

Ofrece una información impecable, indica como adherirse a SIGRE facilitando el correo electrónico y la posibilidad de descarga del modelo de contrato de adhesión, para que una vez cumplimentados se les envíe.<sup>179</sup>

En el año 2015, se publica en *Boletín Oficial del Estado* nº 179 de julio, el contenido del Real Decreto nº 639/2015 de 10 de julio por el que se regulaban los Diplomas de Acreditación y de Acreditación Avanzada, desarrollando así el artículo 36 del Capítulo IV de la Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias para certificar el nivel de formación alcanzado por un profesional en un área funcional específica de una determinada profesión o especialidad en función de las actividades de formación continuada acreditada desarrolladas en el área funcional correspondiente.

Por el Decreto 65/2000 de 13 de abril de 2000, se crea la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias siendo incorporada al Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid (BOCM) Nº 108 de mayo de 2000.

Más tarde el Real Decreto 1142/2007, de 31 de agosto por el que se determina la composición y funcionamiento de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias y se regula el sistema de Acreditación como reconocimiento de la formación de las Profesiones

---

<sup>179</sup> Cf. [https://www.sigre.es/wp-content/uploads/2014/10/infografico\\_spd.png](https://www.sigre.es/wp-content/uploads/2014/10/infografico_spd.png)

Cf. <http://www.sigre.es/farmacias/sistemas-personalizados-de-dosificacion-spd>

Sanitarias tituladas, potenciando la relación y coherencia de las actividades de formación continuada.

Datos destacables del Real Decreto de 2015, son:

. Según la norma, el Diploma de Acreditación es una credencial que certifica la “competencia profesional” en un área funcional específica para un determinado periodo de tiempo (cinco años) y el Diploma de Acreditación Avanzada es aquella credencial, igual que la anterior, que además, admita y requiera una práctica profesional de mayor cualificación para un determinado periodo de tiempo (también cinco años).

. En ningún caso estos diplomas de acreditación podrán inducir a confusión con la denominación de otros títulos ni con las funciones de cada especialidad que corresponda ejercer a los titulados especialistas en “Ciencias de la Salud”.

. El órgano competente para la creación de los Diplomas Acreditativos es la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud (CFC), que será la que fije la denominación, las “profesiones sanitarias” que puedan acceder a obtenerlos, los requisitos de obtención, los programas, etc., así como para su renovación.

. En el “Registro Estatal de Profesiones Sanitarias”, se harán constar estos diplomas en la ficha de los profesionales que los ostenten.<sup>180</sup>

En nuestra búsqueda de opiniones que los profesionales farmacéuticos de oficina de farmacia manifestaban sobre el servicio de SPD, encontramos fechado en el año 2016 una colaboración de Joanna Guillen Valera que la revista *Correo Farmacéutico* en su espacio “El análisis”, ofrecía llevando por título “Los efectos adversos de cumplir con la terapia”.

---

<sup>180</sup> Cf. Decreto 65/2000 de 13 de abril 2000. Boletín Comunidad de Madrid (BOCAM) Nº 108, mayo 2000. Traspone el Decreto 65/2000.

Cf. Ley 44/2003 de 21 de noviembre, Cap. IV. Artº 36, Certificación de formación.

Cf. Real Decreto 1142/2007 de 31 de agosto. Composición Comisión Formación Continuada Profesiones Sanitarias.

Cf. Real Decreto 639/2015 de 10 de julio, regula Diploma Acreditación y Acreditación Avanzada.



Antes de adentrarnos en la exposición del tema, la editorial de *Correo Farmacéutico* nos da su opinión en el epígrafe, “Seguimiento Terapéutico”, aquí nos informa que una de cada 10 farmacias en España estaban preparadas para elaborar sistemas personalizados de dosificación (SPD), de los que opinan son un método que debe verse sólo como una herramienta para “mejorar la adhesión terapéutica”, y “no la vía para lograrlo”. Nos hace partícipes de la opinión de expertos consultados por *Correo Farmacéutico*, sobre revisar la terapia con entrevista clínica al menos una vez al mes, consideran, es clave para detectar posibles reacciones adversas derivadas del aumento del cumplimiento terapéutico.

La base de la comunicación contenida en la revista *Correo Farmacéutico*, era la opinión vertida en un artículo de la publicación *The Pharmaceutical Journal*, titulada, “Los sistemas personalizados de dosificación (SPD) aumentan los efectos adversos de las terapias”, que hacía referencia a un estudio realizado por investigadores de la Universidad de Anglia del Este en Norwich, Norfolk, Inglaterra. Según explican los autores, pretendían identificar cual era el mejor método de reclutamiento de pacientes, estimar la prevalencia de la falta de adherencia, tanto intencionada como no intencionada, estimar el efecto del uso de SPD respecto a la atención habitual (sin él) y determinar la viabilidad y aceptabilidad de la participación en el estudio.

Tras el estudio los autores observaron que en los que utilizaron SPD se detectaron más efectos adversos que en los que no usaron este sistema. Advertían que si se mejoraba la adherencia, el número de fármacos que coexisten en un paciente aumenta, así como el riesgo de interacciones, con un posible aumento de efectos no deseados sin o con significación clínica. Hay que señalar que en el estudio se incluyó a 29 pacientes polimedicados, mayores de 75 años e incumplidores.

*Correo Farmacéutico*, en su artículo, presentaban las opiniones, sobre las manifestaciones de *The Pharmaceutical Journal*, dadas por algunas de las voces más autorizadas en España sobre SPD; citados con las credenciales presentadas en ese momento:

. Eduardo Mariño, director de la Unidad de Farmacia Clínica y Farmacoterapia de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Barcelona.

- . Miguel Ángel Gastelurrutia, Grupo de Investigación de Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.
- . Manuel Machuca, expresidente de la Sociedad Española de Optimización de la Farmacoterapia.
- . Rafael Guaytar, director de Proyectos del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona.
- . Adela Martín, vocal de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria.

Ante esta información, el profesor Mariño indica que una muestra tan pequeña no permite extraer ninguna conclusión objetiva y documentada. A esta opinión se suma Gastelurrutia.

Manuel Machuca, piensa que esta situación puede ser una de las causas del fracaso terapéutico, pero no la única; continúa exponiendo “los medicamentos correctamente utilizados pueden producir esos problemas, de ahí que la presunción de los autores de que eso se debe al mal uso de los SPD es solo eso, una presunción, y se debe mucho más a ese paradigma de la infalibilidad del acto médico, lo que no es así, y no necesariamente por una mala praxis del profesional, sino porque el resultado de los medicamentos no es predecible en el ser humano, ni en una prescripción inicial ni a lo largo del tiempo”.

Según Gastelurrutia los efectos adversos no se debían a los SPD, como se deduce del título del artículo, según él, muy al contrario sería una demostración de que con este sistema se consigue mejorar la adherencia (alude los resultados estudio español sonSIGUE). En su opinión lo que se tendría que hacer, ante la instauración o prescripción de un SPD en situación de falta de adherencia voluntaria (no intencionada), es una revisión de la medicación inicial y una vigilancia (seguimiento) especial en esos pacientes, sobre todo al comienzo de los SPD.

En opinión de Guaytar, el SPD no puede desligarse de la actividad asistencial del farmacéutico. Afirma, es sólo una herramienta para la atención farmacéutica protocolizada; es decir, un organizador de la medicación, que ayuda al paciente a saber qué tiene que tomar y cuando debe hacerlo, pero nada más. Por eso, indica, durante todo el proceso

asistencial del seguimiento (que incluye un SPD) deberá existir un farmacéutico.

Mariño, indica que no se trata de llenar blíster, sino que implica más cosas que hay que hacer, con la esperanza de mejorar la adherencia al tratamiento prescrito y mejorar los resultados en salud; añade que, una de las cosas que hay que hacer es prevér qué puede pasar cuando, si mejoramos la adherencia y el paciente era un gran incumplidor, van a coexistir niveles más altos de más fármacos. Cuando se produce esta situación al inicio de un tratamiento, puede tener unos efectos minimizados, pero en un paciente crónico, frágil, incumplidor, puede ser grave; por ello en estos usuarios, él considera especialmente importante revisar la terapia previamente y antes de incorporarlo a un programa SPD.

Adela Martín, destaca que no se había contado con un farmacéutico, experto en el medicamento, que acompañara y revisara la medicación, ni que se hubiera contactado con el médico de Atención Primaria para adelantarse a la aparición de efectos adversos y prevenirlos. Adela Martín insiste que esas eran sólo algunas de las funciones que todo farmacéutico debería hacer ante la recomendación de un SPD, además añade, ofrecer consejo, revisar medicación, monitorizar el tratamiento, cribar los posibles efectos potenciales y valorar la habilidad del paciente para tomar un medicamento correctamente y adherirse a los tratamientos prescritos.

También Guaytar opinaba que estas funciones, con sus correspondientes preguntas, debían realizarse en cada dispensación o al menos una vez al mes.

Después de ofrecernos esta información, la revista, incluyen los resultados de un sondeo que habían realizado ellos (*Correo Farmacéutico*) en junio de ese año (2016) para intentar cuantificar el número de farmacias que realizaba SPD, ya que no existía un registro oficial; el resultado de su sondeo era que el 28% de farmacias españolas lo prestaban y estaban acreditadas, pero indica había que sumar un 30% de farmacias que prestaban el servicio sin estar acreditadas.

En ese momento, también los laboratorios STADA habían realizado otro sondeo y la conclusión fue que los SPD, con un 48,9% de implantación,

eran uno de los servicios que más se ofertaba en las farmacias y los que mejor acogida tenían.<sup>181</sup>

En el año 2017 se presenta en la Universidad de Barcelona una Tesis Doctoral titulada *Sistemas Personalizados de Dosificación y su aportación a la seguridad de los pacientes*, realizada por Hector Ruiz Loscertales. En el Prólogo leemos “el acondicionamiento de medicamentos en dispositivos SPD implica extraerlos del envase o acondicionamiento primario, lo que anula la garantía de estabilidad establecida por los fabricantes. Existen pocos datos sobre la estabilidad de los medicamentos en este tipo de dispositivos, constituyéndose en un tema de investigación prioritario y de interés en cuanto a la seguridad del paciente ya que son muchos los medicamentos potencialmente inestables y potencialmente utilizables en SPDs para los que no existe información contrastada.”

Con esa inquietud, nos indica, presenta la Tesis cuyo contenido comprende cuatro artículos publicados en revistas indexadas. Dos de ellos han sido citados por nosotros, al inicio de este apartado, exponiendo su contenido cuando fueron publicados.

Siguiendo la información que nos facilita ahora, de su trabajo doctoral, conocemos que en la primera publicación se evalúa las características de transmisión de vapor de humedad de uno de los SPD más comúnmente usados en España, para conocer si este cumple o no los requisitos establecidos para este tipo de envases. La permeabilidad a la humedad es una de las principales características a tener en cuenta, ya que la humedad ambiental es uno de los factores más importantes que pueden modificar la estabilidad de los medicamentos.

En las otras tres publicaciones, nos indica, informan sobre la estabilidad de tres medicamentos reacondicionados en el SPD previamente estudiado durante un tiempo muy superior al previsto en el uso de estos dispositivos y sometido a condiciones de temperatura y humedad controladas, “correspondientes a las Zonas Climáticas I/II (25°C +\_2°C/60% HR+\_5% H%)”.

---

<sup>181</sup>

Cf. <https://www.correofarmaceutico.com>profesion>los-efectos-adversos-de-cumplir-con-la-terapia.html>.

Siguiendo la información, comenta, estamos ante los primeros estudios realizados y publicados sobre la estabilidad a largo plazo en SPD de omeprazol cápsulas, enalapril comprimidos y lamotrigina comprimidos dispersables/masticables a nivel estatal, de los cuales por algunas de sus características físico-químicas, no se recomienda el uso en este tipo de dispositivos.

Tras aclararnos que además, tomando como base los resultados obtenidos a través de sus estudios científicos claramente reflejados en sus cuatro publicaciones, los corroboraron con una extensa revisión bibliográfica, que les permitió obtener y reflejar en la Tesis “una visión general sobre la seguridad del paciente relacionada con los SPD, a través de recomendaciones sobre el servicio profesional farmacéutico asistencial con SPD.”

Manifiestan que, un buen número de autores coinciden en considerar que los sistemas de reacondicionamiento (SRA), son útiles para mejorar la adherencia al tratamiento, siempre y cuando se tenga en cuenta sus limitaciones, y nos las manifiestan en una tabla, que dividida en dos columnas encontramos en su parte izquierda las limitaciones y en la derecha las repercusiones.

Reproducimos algunas:

. “Limitaciones”: No solucionan todos los problemas de manejo de la medicación (falta de adherencia intencionada, pobre motivación...)

“Repercusiones”: Otras estrategias para mejorar la adherencia pueden ser más efectivas y por tanto es importante evaluar correctamente qué pacientes pueden beneficiarse del uso de este tipo de dispositivos.

. “Limitaciones”: No todos los medicamentos pueden ser reacondicionados.

“Repercusiones”: Muchos pacientes necesitan coordinar dos sistemas de manejo de la medicación (los reacondicionados y los no reacondicionados). Es importante conocer las propiedades barreras de los dispositivos, así como la estabilidad de los medicamentos reacondicionados.

. “Limitaciones”: Cuando lo preparan y administran en casa, reduce la oportunidad del farmacéutico para revisar la medicación y aconsejar sobre esta.

“Repercusiones”: En estos casos se debe intentar facilitar regularmente la revisión de la medicación y el consejo que parte del farmacéutico.

. “Limitaciones”: Personas con una motricidad disminuida, así como con problemas de visión, pueden tener problemas al usarlos.

“Repercusiones”: La habilidad para el manejo de los SRA debería ensayarse y comprobarse antes de su implementación.

. “Limitaciones”: Existe riesgo de duplicar las dosis si el paciente conserva en casa medicación de retén que debe incluirse en los SRA,

“Repercusiones”: Es importante que el paciente tenga información sobre qué medicamentos van incorporados en los SRA y cuáles no.

. “Limitaciones”: Los cambios de medicación o las transiciones sanitarias (urgencias, altas hospitalarias, etc.) requieren más atención cuando se usa un sistema de reacondicionamiento.

“Repercusiones”: A veces suceden retrasos o errores en la implementación de los cambios. El reacondicionamiento desde la farmacia comunitaria puede favorecer el retraso de la implementación del cambio.

. “Limitaciones”: Discrepancias no intencionadas entre el plan de medicación y el contenido ocurren en más de un 10% de los pacientes.

“Repercusiones”: Es importante una revisión de la medicación de forma regular.

. “Limitaciones”: Incrementan el precio del manejo de la medicación.

“Repercusiones”: El precio puede suponer una barrera para su uso, o incrementar el riesgo de no adherencia.

. “Limitaciones”: La implementación de un SRA puede incrementar el riesgo de efectos adversos si éste implica un incremento brusco de la adherencia al tratamiento.

“Repercusiones”: Se requiere una monitorización más estrecha de los efectos adversos posterior a su implementación.

Pese a ello, según concluyen en la Tesis, la mayoría de autores coinciden en que los SRA son una herramienta útil para mejorar la adherencia al tratamiento, y se usen para superar problemas prácticos cuando existen necesidades específicas. Como ejemplo, citan una reciente revisión meta-analítica para determinar el efecto global de las intervenciones con SRA sobre la adherencia terapéutica, donde se encontraron un total de 48 estudios (21944 sujetos) que comparaban los resultados entre el grupo de intervención (usando SRA) y el grupo control (sin recibir SRA), mostró que el uso de este tipo de herramientas mejoraba significativamente la adherencia al tratamiento, pese a existir distintos niveles de éxito en función del sistema usado.

Seguidamente expone los tipos de sistemas de reacondicionamiento e indica que básicamente se diferencian dos categorías, los sistemas multi-compartimentales (SMC) de plástico, y sistemas personalizados de dosificación (SPD)

Continúa presentándonos los SMC de los que dice son ampliamente usados y existen en múltiples tamaños, formas y capacidades. Los SMC de plástico son una herramienta sencilla y económicamente accesible pues es reutilizable y pueden ser autogestionados, no necesitan la intervención de un tercero para su preparación, el tamaño de algunos permite su uso fuera de casa.

Tras esta información nos advierte de sus muchos inconvenientes; al ser el paciente o el cuidador quien prepara la medicación, el riesgo de equivocarse, y su sistema de cerrado (sin sellar) nos proporcionan humedad o gases atmosféricos, poniendo en riesgo la estabilidad de los medicamentos reacondicionados. Tras informarnos de la situación, muestran su asombro pues pese a la extensión de su uso, pocos son los estudios donde se evalúa únicamente el impacto de los SMC de plástico sobre la adherencia al tratamiento o los resultados clínicos.



Sobre los SPD nos hace una descripción general de los más usados en otros países, de los habituales en los hospitales, para detenerse en dos tipos de SPD: envases tipo blíster (blíster packs), envases en bolsas (blíster pouches)

Al detenerse en los envases tipo blíster cita: Anota, Venalink, Wesbster-pak, Ezy-dose, etc. Seguidamente nos indica que un ensayo clínico realizado en 47 pacientes diabéticos e hipertensos que tomaban más de 3 medicamentos y presentaban un mal control de sus enfermedades, demostró una mejora de la adherencia significativa en el grupo de intervención con SPD tipo blíster (98'9% vs 73'5%) y sigue la información diciéndonos que no obstante no existieron diferencias respecto al grado de control de la enfermedad a los 6 meses.

Así mismo, indican, un estudio multifásico prospectivo observacional y experimental, realizado con 200 pacientes mayores de 65 años y que tomaban más de cuatro medicamentos, mostró un aumento de la adherencia a los seis meses (desde un 61'2% basal hasta un 96%  $p=0.001$ ).

El mismo estudio de la presión arterial sistólica ( $p=0.02$ ) y LDL- colesterol ( $p=0.001$ ), dieron parecidos resultados. Y añade una información “la utilidad de este tipo de dispositivos unido a su sencillez de producción y su bajo coste hacen que sean ampliamente usados en todo el mundo, habiéndose logrado implementar como servicio profesional farmacéutico remunerado en muchos países.

Seguidamente, reconoce que en España la utilización de los SPD tipo blíster es lo más común pues son los recomendados en el PNT del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos para la elaboración correcta de estos dispositivos como servicio profesional farmacéutico asistencial (SPFA), tal y como reconoce el Sexto Comunicado del Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria.

También nos informa extensamente de los reacondicionadores SPD en bolsa individual y alude a que en algunos países se han establecido centros de reacondicionado que trabajan en colaboración con farmacias comunitarias que pueden ofrecer el servicio sin invertir en la máquina; indica que esto en España no es posible pues la legislación establece se elaboren en las farmacias una vez dispensado el medicamento y bajo la petición del paciente. Nos advierte es importante diferenciar entre SPD en

bolsas y las dosis unitarias cuya utilización empezó a extenderse en los hospitales de España en la década de los setenta.

Segidamente nos aclara el concepto de dosis unitaria: es la dosis concreta de un medicamento que un paciente determinado recibe en el momento de la administración; también nos explica los SRA automatizados (en hospitales) y la posibilidad de que lleven incorporado recordatorios sonoros.

Bajo el título “Los SPD en nuestro entorno”, (que constituye el punto 1.3; pág. 45 de la Tesis), nos hace un recordatorio de toda la legislación, sobre el tema vigente en ese momento, y de el PNT difundido por el CGCOF en mayo de 2013 planteado como un documento de mínimos a considerar. Sobre este tema nos informa que en Cataluña en 2012 ya se había publicado la I Guía de SFT con SPDs coordinada tanto por el Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Cataluña como por el Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña. En dicha Guía se aunaban los servicios profesionales de SFT y la elaboración de SPD, a fin de conseguir un uso más seguro y eficiente de los medicamentos, mediante la prevención y resolución de PRM, y la mejora de la adherencia terapéutica de los pacientes.

Adentrándonos en el SPFA del SPD y sus fases, asistencial y técnica, nos interesan sus explicaciones sobre el equipamiento material, donde nos habla de las infraestructuras:

- . ZAP, zona de atención personalizada.

- . Zona de preparación del SPD, almacenamiento de la medicación de cada paciente sujeto a este servicio; garantizando está libre de cualquier elemento que pueda interferir en el proceso o pueda inducir una contaminación cruzada.

Sobre las condiciones ambientales de la zona de acondicionamiento indica deben ser:

- . Humedad: 40%- 60%
- . Temperatura  $\leq 25^{\circ}\text{C}$
- . Sin corriente de aire.

El material necesario para elaborar un SPD incluye:

Higrómetro, bata, mascarilla, guantes, pinzas, dispositivos SPD con el correspondiente sistema de cerrado, soporte manual o informático que

garantice la confidencialidad, etiquetas anteriores y posteriores, medicamentos del paciente, cubeta con el nombre del paciente para conservar la medicación restante y carpetas para archivar toda la documentación del paciente. Los SPD tienen que garantizar que la administración de los medicamentos se haga de acuerdo con la pauta farmacológica establecida, que ha sido previamente revisada y confirmada.

En el punto 1.4 de la Tesis, bajo el título: “Propiedades barrera de los SPD”, nos informa de la actualidad en este servicio, al que reconoce “deseablemente mejorable”. Según indica, uno de los propósitos básicos de los SPD es asegurar la protección de los medicamentos durante el periodo de uso, pero pese a que existen en el mercado diferentes tipos de SPD y su utilización ampliamente extendida, en su opinión, son pocos los estudios que muestren información sobre las características de sus materiales, sus sistemas de sellado y los procesos de elaboración, y por tanto, de la capacidad que tienen para proteger a los medicamentos de los principales factores ambientales. Nos pone en aviso, pues indica: “este hecho dificulta la labor del farmacéutico, y a la vez la responsabilidad sobre la decisión de seleccionar el dispositivo con el que trabajar, en función de cada una de las situaciones.”

Para esta situación nos indica que en este sentido la USP describe las características de los plásticos y otros materiales para la óptima fabricación de los SRA, los ensayos para evaluar las características de transmisión de vapor de humedad y la integridad del sellado, así como los requisitos de transmisión de la luz cuando sea necesario.

De los dispositivos SPD existe una amplia gama de diseños que aportan cambios en la funcionalidad y en la apariencia. Dichos cambios se producen principalmente por la variedad de materiales que pueden conformar sus estructuras, en los dispositivos tipo blíster son característicos los materiales de la lámina multicompartimental, como los de la tapa que ensambla el dispositivo.

Indicaciones para la lámina multicompartimental: este apartado es de gran utilidad por la información que nos proporciona, expone que, normalmente, está compuesta por derivados plásticos que le confieren unas determinadas propiedades físico-químicas y un coste relativamente bajo. A modo de advertencia nos dice que todos los plásticos son más o menos permeables a

la humedad y otros gases; la mayoría poseen electricidad electrostática y además permiten la penetración de la luz; el Cloruro de Polivinilo (PVC) resulta ser el material más usado y, dependiendo del grosor de la lámina ofrecerá mayor o menor protección a la humedad. Esta Tesis nos indica que pese a ser extenso su uso, la USP aconseja el uso de otros materiales que proporcionen mejor protección que el PVC, generando estructuras dobles o triples con otros plásticos (Policlorotrifluoroetileno, Polietileno, Cloruro de polivinilideno), como realiza la industria farmacéutica.

El problema de los fotosensibles lo consideran resuelto pues indican que para proteger la integridad de esos medicamentos hay disponibles plásticos coloreados en ámbar que proporcionan una protección frente a la luz “en el rango crítico de los 290 a 450 nanómetros”, Por tanto la decisión del tipo de plástico a utilizar irá condicionado a su comportamiento frente a la luz y humedad que precisemos en cada momento.

Respecto a la Tapa nos informa que al igual que con la lámina multi-compartimental, vamos a encontrar variedad de materiales y composiciones en función del SPD que vayamos a confeccionar. Nos concreta que suelen estar compuestos de papel-cartón, pese a que el componente principal es el aluminio. Asegura que las propiedades protectoras del papel cartón frente a la humedad son relativamente escasas por lo que será el grosor del aluminio lo que determine la magnitud de la protección. En cuanto al tipo de adhesivos variará si el sellado es en frío o con calor, -en este punto también ofrece la información para reacondicionamiento en bolsa-.

Afirman que una de las características más importantes de los SPD a tener en cuenta es la permeabilidad al vapor de agua, puesto que la humedad es una de las condiciones ambientales que más pueden influir en la estabilidad de los medicamentos, y nos remiten a la USP indicándonos en que apartado se nos proporciona la información sobre como evaluar las características de transmisión al vapor de humedad de un determinado SPD. Tremendamente partidario de realizar este ensayo, el autor de la Tesis nos dice “así conseguiremos una información muy importante para juzgar la idoneidad de un determinado SPD en el reacondicionamiento de formas orales”, citando dos métodos en función de si el SPD es tipo blíster o en bolsas.

Tras realizar el test de permeabilidad a la humedad de los dos tipos de SPD, según los resultados, los SPD se clasifican, de menor a mayor transmisión

al vapor de humedad, en las Clases A, B, C, D. Se considera Clase A si la velocidad media de transmisión al vapor de humedad por alveolo o blíster no supera el 0'5 mg/día en ningún envase ensayado; Clase B si la velocidad media de transmisión al vapor de humedad por alveolo o blíster no excede de 5mg/día en ninguno de los dos envases ensayados; la Clase C es si la velocidad media de transmisión al vapor de humedad, por alveolo o blíster no excede de 20 mg/día en ningún envase ensayado y, Clase D si ninguno de los requerimientos anteriores sobre la velocidad media de transmisión al vapor de humedad se cumplen. Según la USP los dispositivos tipo SPD deben cumplir como mínimo los requerimientos establecidos para envases Clase B.

Pasando a su experiencia para realizar la Tesis, nos indica que el test de permeabilidad a la humedad del SPD dio unos resultados que de acuerdo con ellos, se demostró que entre los diferentes tipos de SPD, ANOTA pill-pack system aportaba la más alta barrera de protección frente a la humedad ambiental (Clase A), reuniendo las características de hermeticidad exigida en la USP para este tipo de dispositivos (mínimo Clase B) como las de la Guía de SFT con SPDs de Cataluña (mínimo Clase C).

El siguiente paso nos conduce a adentrarnos en la estabilidad de un medicamento, presentándonos que se entiende por estabilidad de un medicamento: la capacidad que tiene una formulación particular, en un envase específico, de mantener sus propiedades físicas, químicas, microbiológicas, terapéuticas y toxicológicas.

Periodo de validez se considera el tiempo durante el cual el medicamento se encuentra dentro de las especificaciones acordadas por las agencias reguladoras y, por tanto, pueden utilizarse para alguna de las indicaciones autorizadas.

En cuanto a la estabilidad química, con respecto al periodo de validez, nos indica que implica el tiempo que el principio activo de un medicamento, en su envase, continúa teniendo una potencia adecuada así como unos niveles de productos de degradación suficientemente bajos como para garantizar la seguridad del paciente.

La “hidrólisis” es la reacción más presente en la degradación de fármacos, y en una figura nos presentan los principales grupos químicos susceptibles de hidrólisis: Imida, Lactama, Lactona, Ester, Amida.

También nos presentan, dentro de la inestabilidad química: Oxidación, Fotolisis, Isomerización.

Estudia, también, los “excipientes” pues indica que uno de los principales motivos por los que los excipientes de formas farmacéuticas sólidas pueden afectar la degradación del medicamento, es el aumento en el contenido de humedad de la preparación, y cita como ejemplo el almidón o la povidona yodada. Determinados excipientes también pueden tener efectos sobre la fotoestabilidad de un medicamento, pero su impacto es a menudo difícil de predecir. Advierte que en muchas ocasiones los cambios de color se observan por impurezas en los excipientes.

La “temperatura”, en las formas farmacéuticas sólidas, quizás lo más importante es tener en cuenta que la humedad relativa cambia con la temperatura y por eso deberemos mantenerla en un valor constante.

Respecto a la “estabilidad” y a las “guías para los ensayos de estabilidad” nos informan de que en ese momento (2017), no existía ninguna guía elaborada específicamente para evaluar la estabilidad de los medicamentos una vez reacondicionados en un envase diferente al primario, como son los SPD. De igual forma, no es necesaria la presentación de documentación a las autoridades que justifique la idoneidad o no del reacondicionamiento en dichos dispositivos.

No obstante, en la página 71 de la tesis ofrece la tabla nº6 que expone las diferencias entre la principales guías (expone 4) para elaboración de SPDs en base a las características del SPD y el periodo máximo de reacondicionamiento.

Siguiendo con su experiencia investigando para la realización de la Tesis, indica iba a consistir en realizar estudios de estabilidad en el reacondicionamiento de tres medicamentos seleccionados por tener en común ser potencialmente inestables en los SPD pudiendo limitar su periodo de uso y, por eso no estaban recomendados para reacondicionamiento en este tipo de dispositivos en las principales guías para la elaboración de SPD. Estos tres medicamentos seleccionados fueron omeprazol cápsulas, enalapril comprimidos, y lamotrigina CMD. Dada la inexistencia de Guía específica para valorar la estabilidad de un medicamento reacondicionado en un SPD, para realizar esta Tesis se adaptaron a la Guía QIA (R2) de la IHC, teniendo en cuenta que la fecha de



uso máxima después del reacondicionamiento de un SPD son 60 días y que la región mediterránea donde realizaron la investigación estaba incluida dentro de la Zona Climática II.

Las siglas de la Guía son: Q=Calidad; I(1)=estabilidad; AR=Principio Activo en Condiciones Extremas Medicamentos; IHC=International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for the Registration of Pharmaceuticals for Human Use. [Ict.udlap.mx>people>Clases>IHC](http://ict.udlap.mx/people/Clases/IHC). Intentamos aclararlo, pues en oficina de farmacia casi nadie domina estas siglas ni estos conceptos; para la interpretación de siglas y acrónimos, también recurrimos a la consulta del trabajo titulado *Aspectos Reguladores de los Estudios de Estabilidad en Europa*, realizado por M.<sup>a</sup> del Val Bermejo Sanz, del Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica. Universidad de Valencia. España. Es un estudio muy interesante, que además para los totalmente indocumentados en este tema, como yo, lo primero que te sorprende es todo lo que abarca las siglas ICH= desde 1999 representa “International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for the Registration of Pharmaceuticals for human use” También se interpretan: QIA=Quimioterapia Intra Arterial; IHC= Índice Hidroxiprolina-Creatinina; R2=Residente de segundo/a, o/Segundo tono cardíaco.<sup>182</sup>

No satisfechos con estas interpretaciones, recurrimos a otros registros, y nos parecieron más asequibles para nuestro pobre nivel: programa de capacitación reconocido por ICH: ICH-Q1, estabilidad de medicamentos: planificación de ensayos clínicos. Suponemos acabamos de dar en lo cierto de la información, pues en ese momento, 2017, era lo último en investigación de ensayo de medicamentos. En Internet se nos indica los distintos ICH-Q1, y su capacitación en IHC-QIA(R2), a través de la IHC-QIE, siendo IE=Índice de Estabilidad.<sup>183</sup>

---

<sup>182</sup> Bermejo Sanz, M.<sup>a</sup> del Val. 2003. “*Aspectos reguladores de los estudios de estabilidad en Europa*”. Santiago de Chile. 2003.

Cf. <https://www.uv.es/mbermejo/estabilidadT>

<sup>183</sup> Cf. Agencia Europea de Medicamento. 2006. *Stabiliti testig of new drugs sustances and products*. European Medicines Agency. EMEA. 2006.



Siguiendo con la información del profesor Mariño y su doctorando, nos indica utilizaron como controles, durante el periodo de estudio, los medicamentos en su envase original.

En la parte “Discusión”, de la tesis advierte del caso de reacondicionar varios medicamentos en el mismo alveolo, se detiene en sus potenciales interacciones, así como el caso de partir formas farmacéuticas no ranuradas en mitades o cuartos puede exponer la matriz del comprimido a los factores ambientales. Insiste, tanto las cápsulas de gelatina blanda como duras tiene un alto contenido en agua. La mezcla de cápsulas con comprimidos puede aumentar el riesgo de hidrólisis en fármacos susceptibles.

Como final a este relato queremos trasladar aquí una de las opiniones del autor de la Tesis “Consideramos importante que el farmacéutico tenga presente indicadores de posibles problemas de estabilidad mediante el conocimiento de las características físico-químicas del medicamento a reacondicionar así como de su envase original, por lo que deberían realizarse más estudios en este ámbito a efectos de ampliar la evidencia científica al respecto, promoviendo la seguridad de los pacientes en la utilización de medicamentos.”<sup>184</sup>

Avalado por la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria; y, patrocinado por Mylan, se prepara un protocolo para llevar adelante un proyecto denominado: SPD)(VALOR, el valor de la dosificación personalizada, en el año 2016, titulado:

*Evaluación de impacto clínico y económico de un servicio de indicación y preparación de sistemas personalizados de dosificación (SPD) en pacientes hipertensos polimedicados en farmacia comunitaria.*

Teniendo en la mano ( como ahora tenemos) el protocolo completo para este estudio imaginamos, los coste económicos que suponen estos trabajos.

---

<sup>184</sup> Ruiz Loscertales, Héctor. 2017. *Los Sistemas Personalizados de Dosificación y su aportación a la seguridad de los pacientes*. Tesis Doctoral. Facultad de Farmacia y Ciencias de la Alimentación. Programa de Doctorado: Investigación, Desarrollo y Control de Medicamentos. Universidad de Barcelona. 2017.

Nada más con valorar el tiempo invertido en el proceso administrativo de autorización, en la preparación y ejecución de la puesta en marcha de este proyecto que tuvo una trayectoria:

- Presentación AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios), para la clasificación del estudio. Septiembre 2015.
- Presentación del estudio en el CEIC (Comité Ético de Investigación Clínica), febrero de 2016 siendo aprobado en abril de 2016.
- Autorización a las Comunidades Autónomas para la puesta en marcha del estudio. Concesión entre los meses de julio y agosto de 2016.
- Periodo de inclusión de las farmacias participantes, enero a julio 2016.
- Periodo de inclusión de pacientes, de septiembre de 2016 a julio de 2017.
- Cierre de base de datos, estimado, agosto 2018.
- Análisis estadístico, estimado, diciembre 2018.

Como fuente de información nos indican eran el propio paciente y el farmacéutico.

La población de estudio fueron pacientes con HTA no controlada de acuerdo con la definición de la *Guía de práctica clínica de ESH/ESC* para el manejo de hipertensión arterial del año 2013. (ESH=European Society of Hipertensión, y ESC=European Society of Cardiology).

En cuanto a las variables, indican que la adherencia al cumplimiento terapéutico en el grupo de control se mediría mediante el índice de posesión de la medicación (MPR) “medication possession ratio,” o por receta electrónica.

El diseño de la investigación era un estudio epidemiológico, multicéntrico de evaluación de la intervención en farmacia comunitaria sobre manejo de la HTA y adherencia al tratamiento, con seguimiento, con grupo de control y mediciones pre y post (1 mes, 3 meses, 6 meses).

La aleatorización se haría por clústeres, esta aleatorización consiste en aleatorizar a nivel de grupo no a nivel individual; el análisis clúster es una técnica multivalente cuya idea básica es clasificar por grupos/conglomerados (clúster) que sean lo más homogéneos posible dentro de sí mismos y heterogéneos entre sí.

En objetivos secundarios, nos indican evaluar y comparar en ambos grupos el grado de adherencia, la efectividad clínica, el cambio en el riesgo vascular –tablas REGICOR y/o SCORE- conocer el grado de satisfacción de los pacientes con el SPD (escala de Likert en la visita final).

Exponen, también, todos los datos que tenían que recoger durante el estudio y que lo harían en un CRD (cuaderno de recogida de datos, electrónico).

En la justificación indican (algo que estamos muy acostumbrados a oír en todo momento), que en ese momento (2017) la adherencia terapéutica, sobre todo en enfermedades crónicas, tenía gran importancia pues el incumplimiento era grave porque hacía ineficaz el tratamiento prescrito, aumentando la morbilidad y mortalidad e incrementa el gasto en asistencia sanitaria. En lo personal el paciente podía presentar complicaciones y secuelas irreversibles y progresivas, pudiendo ocurrir que el médico valorase inadecuadamente la efectividad real de la medicación conduciéndole a un aumento innecesario de la dosis, la sustitución de fármacos que son seguros y eficaces por otros más potentes o cuando menos, innecesarios.

En la revista (*im*)*Farmacias*, indican que SPD)(VALOR, se había realizado en 41 oficinas de farmacia de Madrid y Barcelona, y 195 pacientes.

El resultado indicaba que el servicio SPD en pacientes polimedicados no adherentes con HTA crónico no controlado, ayuda a conseguir una adherencia prácticamente completa y reduce, significativamente el riesgo cardiovascular, lo que representa un alto impacto clínico en los pacientes y su morbilidad.

Según los resultados del estudio, el SPD ayuda a mantener una mejor adherencia a paciente no adherentes en un 100% a los tres primeros meses y un 98'9% a los seis meses.

En 2019, en Bilbao, este estudio recibió el Primer Premio en la Categoría Sociedades Científicas, en la II Edición de premios OAT adherencia. Pues en opinión de los estudiosos de SPDs es el estudio mas valioso para obtener los mejores resultados en la utilización de SPDs.<sup>185</sup>

---

<sup>185</sup>Cf. SPD) (VALOR. 2015.*El valor de la dosificación personalizada. Evaluación de impacto clínico y económico de un servicio de indicación y preparación de sistemas personalizados de dosificación (SPD) en pacientes hipertensos polimedicados en farmacia comunitaria*. 2015. Código de estudio SEF-ANT-2015-01. Avala SEFAC. Patrocina Mylan.

En Alicante los días 25-26 de mayo de 2018 se celebró el VIII Congreso de SEFAC, y para informar en la revista *El Global* lo cubrió su colaborador Alberto Cornejo quien centro su información en el contenido a debatir en dos mesas, una: “Todo lo que hay (o debe haber) en torno el servicio de SPD”, otra: “Sefac tiene un plan para acabar con las barreras entre domicilio y farmacia”, refiriéndose a la atención farmacéutica domiciliaria.

Respecto a la mesa que trató sobre SPD, Alberto Cornejo, inicia su relato recordándonos, según se indica en el Congreso, que terminológicamente el Sistema Personalizado de Dosificación (SPD) es aquel servicio profesional farmacéutico encaminado a ayudar al paciente en la correcta toma y adherencia a sus tratamientos.

Haciéndose eco de la opinión generalizada indica que los farmacéuticos, resto de profesiones sanitarias y asociaciones de pacientes consideraban este servicio de vital importancia para revertir los cerca de 1.000 millones de euros que gasta el Sistema Nacional de Salud anualmente por los efectos de la falta de cumplimiento.

Al momento de la dispensación o a lo sumo en un corto periodo de tiempo el farmacéutico prevé un paciente proclive a la no adherencia porque lo ve confundido, está ante un paciente dependiente, pluripatológico, polimedicado, y de avanzada edad; también vislumbra si el paciente responde al patrón de “desconfiado” y que critica el tratamiento; también puede tener en frente a un paciente al que le falta compromiso con el tratamiento ya que no tiene consciencia real de su enfermedad e importancia.

Esta actitud tal vez solo la mantengan los polimedicados, con la toma de todos los medicamentos que tienen prescritos, tal vez este sea el momento de ofrecerle el SPD.

La preparación de SPD significa que el farmacéutico se implica en la farmacoterapia del paciente, el farmacéutico sabe que en ese ofrecimiento va no solo preparar el blíster, conlleva la revisión de la medicación y la puesta en marcha de un proceso que pasa por el propio contacto con el

---

Cf. Internet <https://www.sefac.org/spd-valor>.

Cf.(im)farmacias/noticias/18326/el-estudio-spdvalor-ii-premios-OAT-adherencia

médico para una posible conciliación de la medicación, identificar sobreprescripciones, hacer el seguimiento de posibles efectos adversos etc.

Hasta aquí, la descripción, según Cornejo de lo tratado en el Congreso sobre todo lo que el farmacéutico aporta en el servicio SPD. Pero también nos informa que se trató el problema de que según donde ejerza el farmacéutico no sabe si tendrá retribución y, arrastrando siempre el permanente interrogante ¿lo pagará el paciente, la Administración, las aseguradoras?.

En cuanto a la otra mesa, Cornejo, inicia su comentario con la frase que utilizaron los componentes de la mesa al iniciar la discusión: “si Mahoma no va a la montaña, la montaña debe ir a Mahoma”, en respuesta a este paradigma, indicaban, era el objetivo que perseguía la Atención Farmacéutica Domiciliaria (AFD), uno de los nuevos servicios farmacéuticos asistenciales que urgía solucionar y, era una propuesta inicial para poner sobre la mesa y debatir.

Según la sugerencia de Sefac, para que una farmacia pudiera presta AFD, debería contar con una “autorización administrativa” (acreditación) disponiendo recursos humanos, temporales y materiales, y estar próxima al paciente al que asistir.

La decisión final sobre la inclusión de pacientes en un programa de AFD, bien fuera por solicitud propia o a propuesta de la farmacia debería recaer, a juicio de Sefac, en la entidad proveedora de la prestación (proveedores de atención sanitaria, Administraciones con competencia en sanidad y bienestar social).

Consideran que la farmacia que tuviera asignado un paciente, procedería a realizar una serie de “servicios básicos” ligados a la AFD: revisión de botiquín, RUM, asesoramiento nutricional y medición de parámetros. Con ello la farmacia hace un informe a la Administración de cara a validar y seleccionar los servicios adicionales.<sup>186</sup>

---

<sup>186</sup> Cornejo. Alberto. 2018. VIII Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios, 25-26 mayo 2018. Alicante. Mesas: “Todo lo que hay (o debe haber) en torno al servicio de SPD”; “Sefar tiene un plan para acabar con las barreras entre domicilio y farmacia”. En *El Global*, 28 de mayo de 2018. Alicante, 2018.

Cf. VIII Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios. I Reunión internacional de farmacéuticos comunitarios. Año XVII, Nº 783, 2018.

Cf. Internet <https://www.elglobal.es>>met>sistem-personalizados-de-dosificacion.

También en *El Global*, mayo de 2018, encontramos una noticia titulada “Colegio Oficial de Barcelona. Objetivo: dar a conocer al paciente que los SPD hacen la vida más fácil”.

En él, se nos vuelve a indicar que según un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se calculaba que el 50% de los pacientes con tratamiento de larga duración en enfermedades crónicas no tomaba la medicación que se les había prescrito.

El Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Cataluña puso en marcha una campaña de promoción de los Colegios Provinciales y del servicio de SPD que ofrecían sus farmacias.

Para ayudar a los pacientes a evitar problemas con los medicamentos, afirmaban que más de 1.200 farmacias de la provincia de Barcelona ofrecían el servicio de dosificación y seguimiento personalizado de la medicación dirigida a pacientes crónicos polimedicados.

Para facilitar la difusión se dio a las farmacias folletos explicativos; poster, también explicativos; la web del Colegio Oficial de Farmacéuticos contó con un espacio dedicado a la campaña y, también se retransmitía a través de twitter.

Esta campaña se había iniciado el día 25 de abril de 2018, y duró hasta el 9 de mayo de ese año. El lema de la campaña “El farmacéutico te hace la vida más fácil”; figuraba en los poster explicativos, adhesivo de la campaña con el logotipo “Atención Médica”; en el vídeo informativo y folletos con el lema “Mi medicación, cuando toca”; el Colegio de Farmacéuticos recordaba que el farmacéutico tiene una formación acreditada específica en ese campo, que revisará su medicación, que está en contacto con su médico y que desde la farmacia se preparará su medicación de forma periódica a través de los SPD.

Se intentaba divulgar este servicio y contribuir a la mejora en la calidad de vida de las personas. Esta información fue difundida en toda la prensa farmacéutica.<sup>187</sup>

---

<sup>187</sup>Cf. <https://www.elglobal.es>cronologias>noticias>nota>cofb>

En abril de 2018 el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos publica su cuadernillo nº 14 de la Colección *Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España*, titulado *Servicio de elaboración y provisión de Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD)*”.

El Pleno del CGCOF, aprobó la difusión de este Documento en Sesión de 24 de abril de 2018.

En la Introducción nos indica “El presente documento supone una actualización del *Procedimiento Normalizado de Trabajo* y del documento *Estrategia de actuación político – profesional*, que se desarrollaron dentro del Grupo de Trabajo de Sistemas Personalizados de Dosificación del Consejo General en el año 2013, y recoge las recomendaciones necesarias para que la práctica del servicio de elaboración y dispensación de SPD pueda considerarse buena práctica profesional.”

Reproduce la información de 2013 indicando que, salvo que haya sido regulado por las Comunidades Autónomas competentes, las farmacias no tienen que cumplir ningún requisito legal adicional, si bien recomendaba (como en 2013) que la farmacia y el farmacéutico se plantearan, desde la voluntariedad, solicitar acreditación para el farmacéutico y de las instalaciones de la farmacia.

Nos presenta el contenido del artículo 86.1 del Real Decreto Legislativo I/2015 de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios, que no estaba referido en el anterior documento pues éste era de fecha año 2013.

Aquí, en “preparación” nos incluye una advertencia que no figura en el dossier anterior “Generalmente se tendrá en cuenta el tamaño de la forma farmacéutica, su estabilidad, las condiciones de luz y humedad”.

En el apartado de “entrega al paciente” añade un párrafo: “La farmacia podrá establecer un plazo de tiempo límite para la recogida de los SPD pasado el cual se procederá a la retirada y eliminación según los requerimientos que se proponen en el “siguiente” punto. Sería



recomendable el registro de este hecho en la ficha del paciente que pudiera disponer, en su caso, la farmacia”.

Caundo indica le Ley de protección de datos, quiero advertir que ha partir de diciembre de ese año 2018, ya no regía la Ley que estaba vigente en el momento de la publicación del documento que estamos citando. Desde 2018 rige la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de *Protección de Datos Personales y Garantías de los Derechos Digitales*, publicada en el BOE num. 294, de 6 de diciembre de 2018. (última actualización publicada el 25 de junio de 2019)

El “siguiente punto” es el de devolución y eliminación, indicando la adhesión del fabricante del blíster, al SIGRE (Sistema Integrado de Gestión de Residuos)) y el logotipo que pueden llevar impreso.

Prácticamente el contenido es el mismo; incluyen aquí los pictogramas de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y nos recuerdan que el Bot PLUS ofrece los pictogramas asociados a la administración de medicamentos con o sin alimentos.

También proporciona el diagrama de flujo y los modelos de los 14 anexos.<sup>188</sup>

En el Primer Congreso Nacional de Médicos & Farmacéuticos SEMERGEN – SEFAC, (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria & Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria), celebrado en Madrid los días 8 y 9 de febrero de 2019, en colaboración con la Fundación Mylan Para la Salud, se convocó la primera edición del Premio Fundación Senergen- Fundación Mylan al “mejor” caso clínico de mejora de la adherencia terapéutica mediante el uso de SPD.

Se presento un trabajo de investigación que consiguió este premio en su Primera Edición. En la revista trimestral *Farmacéuticos Comunitarios*, en su número de marzo de 2019 se publicó la investigación premiada que, llevaba el Título: “Impacto clínico del servicio de preparación de sistemas personalizados de dosificación (SPD) prestado en farmacia comunitaria en pacientes crónicos polimedicados, hipertensos, no adherentes”, autores: Martin, A.; Gil, E., y otros.

---

<sup>188</sup>Cf. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2018. *Buenas practicas en farmacia comunitaria en España. Servicio y provisión de Sistemas Personalizados de Dosificación*. Cuadernillo 14, aprobado en sesión de 20 de marzo de 2018.

Los resultados de la investigación los encontramos en el resumen que ofrecen.

En cuanto a los Objetivos: Determinar el impacto clínico del servicio de preparación de sistemas personalizados de dosificación (SPD) en pacientes polimedicados (26 farmacias), hipertensos, crónicos no controlados, no adherentes. Analizar el grado de mejoría en adherencia, control de la hipertensión (HTA) y riesgo cardiovascular (SCORE).

Metodología: Estudio epidemiológico prospectivo multicentrico aleatorizado (1:1).

Evaluar la intervención en farmacia comunitaria sobre el manejo de la HTA y la adherencia al tratamiento (Morinsky-Green test) con medidas pre- y post (1,3,6 meses)

Resultados: En 193 pacientes incluidos para el análisis en todas las medidas (88 pacientes grupo SPD y 107 grupo control respuesta) este servicio ayudaría a mantener una mejor adherencia en pacientes no adherentes (100% los 3 primeros meses y 98.9% a los 6 meses) y el grupo de control (92,5% al mes 3, y 95,3% al mes 6) aunque la diferencia no es significativa  $p=0.224$ , la intervención redujo significativamente la presión arterial sistólica (PAS) en 18.3 (+14.3) mmHg (pa 0.001) del grupo SPD y 9.9 (+11.0)mmHg ( $p<0.002$ ).

Los resultados, ante una investigación tan exhaustiva son muchísimos, por lo que nos ceñiremos a las Conclusiones:

El servicio de preparación del sistema personalizados de dosificación (SPD) en pacientes polimedicados no adherentes con HTA crónica no controlada, ayuda a conseguir una adherencia prácticamente completa y reduce significativamente el riesgo vascular de un subgrupo de pacientes.

Palabras Clave: Hipertensión. Cumplimiento. Adherencia, *Farmacia Comunitaria*, SPD.<sup>189</sup>

En la nota publicada el 13 de febrero de 2019, la Fundación Mylan nos indica que Semergen, Sefac, y Fundación Mylan evidencian que médicos y farmacéuticos no están aun suficientemente coordinados; se basan en que la mitad de los médicos de AP que ellos han consultado, reconocen que no están en contacto con los farmacéuticos de oficina de farmacia; siguen,

---

<sup>189</sup> Martín,A.; Gil,E.; et alts. 2019." Impacto clínico del servicio de preparación de sistemas personalizados de dosificación (SPD) prestado en farmacias comunitarias a pacientes crónicos polimedicados, hipertensos, no adherentes". En *Farmacéuticos Comunitarios*, Vol.11,Nº 1, 29 marzo 2019.

informándonos que uno de cada tres médicos considera que la falta de comunicación entre los distintos niveles asistenciales es una de las causas principales de la falta de adherencia terapéutica.

En aquel momento (2018) la realidad de casuísticas que proporcionaba el servicio personalizado de dosificación realizado en la farmacia, dejaba patente la excelente atención profesional que recibían los pacientes en las oficinas de farmacia. Esto lo comprobamos cuando, en 2018, Palma de Mallorca es la protagonista en una ceremonia enmarcada en la Jornada Médico-Farmacéutica del 40º Congreso Nacional de SEMERGEN, la Fundación Mylan para la Salud y SEFAC, donde se dieron los premios otorgados en la 2ª Edición de los “Premios a la mejora de la adherencia terapéutica mediante el uso del Servicio Personalizado de Dosificación (SPD en las farmacias comunitarias españolas”.

Ana Ruiz Lagar, farmacéutica comunitaria en el barrio de San Blas (Madrid) coautora del proyecto “Experiencias en la implantación de un servicio de SPD en una farmacia comunitaria en Madrid” recibió el primer premio. El trabajo se realizó mediante una encuesta de la calidad del servicio que en esa farmacia llevaba prestando desde 2014. Indica que llegaron a tener 12 pacientes para SPD y que en ese momento (2018) tenían solo 5, afirma que uno de los obstáculos principales era el coste por paciente, cobraban 9’90 euros /mes y asegura que sus pacientes lo consideraban caro, y había muchos que lo necesitaban pero no se lo podían permitir por lo que reclamaba una ayuda a la Administración.

El segundo trabajo premiado fue en la categoría “Mejor caso real de un paciente” por un trabajo que documentaba la mejoría en la calidad de vida de una paciente joven incluida en SPD, con diagnóstico principal de depresión e historial de intentos de suicidio. Este trabajo lo presentó Ángel Soliño Comedeiro, farmacéutico comunitario ejerciente en Vigo (Pontevedra), el autor, después de exponer el caso, recalca que “el acceso a la historia médica desde la farmacia comunitaria ayudaría a mejorar el abordaje farmacoterapéutico de un paciente de SPD”, centrándonos en su relato indica que la paciente acudía tres veces por semana a recoger su blíster, para evitar acumulase medicación en casa, y con ello el intento de suicidio. Cuando el blíster no era retirado en su plazo, el farmacéutico contactaba telefónicamente. Lo peculiar del caso, según él, era que la paciente cuando se encontraba bien, era consciente del peligro y acudía a la farmacia; en concreto acudió a la farmacia a entregar una caja de Noctamid de 2 miligramos llena, que la había conseguido, según les cuenta, en otra farmacia, con intención de suicidarse. Entonces comprendieron que con

esta paciente lo tenían que conseguir a base de mucho “escuchar, empatía y tiempo”.<sup>190</sup>

Conforme nos íbamos acercando al momento de cerrar nuestra investigación encontramos la publicidad, en la prensa consultada, de la celebración en Valencia del 2º Congreso Nacional Médico & Farmacéutico, SEMERGEN- SEFAC los días 24,25 de enero de 2020, Colegio Oficial de Médicos de Valencia, y decidimos esperar un poco más para incorporar la información que de ese Congreso se obtuviera, pues se presentaba bajo la denominación *Médico y Farmacéutico: Soluciones en Salud*.

A finales de enero toda la prensa profesional se hizo eco de este evento, decidimos ceñirnos a la publicación “*diariofarma*” pues era la más extensa.

Fecha en 29 de enero de 2020, su colaboradora Olga Vilanova inicia la información comentando el desarrollo de la mesa cuya discusión versaba sobre *Sistemas Personalizados de Dosificación. La adherencia garantiza de seguridad a nuestros pacientes*. Comienza diciendo “Es imprescindible que los médicos conozcan y prescriban los Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD), además, la administración tiene que dar valor e importancia necesaria a este servicio”, y nos indica que esta, precisamente, entre otras, era de las conclusiones más relevantes.

Durante el debate de la mesa quedó claro que este servicio profesional debería ser realizado únicamente por los farmacéuticos y con los pacientes adecuados que realmente lo necesiten, pues era lo que demandaba la administración.

Entre las intervenciones de los integrantes de la mesa, Juan Manuel Ribera, catedrático emérito de Geriatria en la Universidad Complutense de Madrid, destacó la necesidad de abordar el tema de la adherencia y manifestó “Es importante conocer los datos y los factores de una mala adherencia, así como buscar fórmulas que permitan mejorarla”. También indicó que es necesario abordar los sistemas más novedosos que se están introduciendo para que estas cifras se intensifiquen. Y, destacó “es necesario facilitar determinadas medidas para que en los próximos años podamos hablar de resultados más positivos”.

Dos intervinientes más en esta mesa fueron Adela Martín y Montse Iracheta, ambas farmacéuticas, vinculadas a SEFAC, una como vocal de la Junta Directiva, e Iracheta como miembro del Grupo de Trabajo de

---

<sup>190</sup> Cf. <https://www.sefac.org/notas-de-prensa/ii-premio-a-la-mejora-de-la-adherencia-con-spd>

Cf. Jornada Médico Farmacéutica-40 Congreso Nacional de SEMERGEN. Fundación Mylan para la Salud y SEFAC. Palma de Mallorca. 2018.

Cf. En *(im)medico*, 18 de septiembre de 2018

Cf. En *Diariofarma*, 19 de septiembre de 2018.

Hipertensión y Riesgo Vascular, fueron fundamentales para dejar patente la importancia de este servicio, y nos adelantaron que se está realizando un documento consensuado por SEFAC y SEMERGEN, cuyo objetivo principal es que todos los farmacéuticos puedan conocer la reglamentación aplicable en cada Comunidad Autónoma, y que serviría de base para trabajar conjuntamente médicos y farmacéuticos especificando “Está bien que los farmacéuticos creamos que es importante el SPD, pero también es importante que se reconozca su valor por los médicos”, por ese motivo es importante ese documento de consenso.

Se argumentó que el tiempo empleado por el farmacéutico en la preparación, en conseguir el consentimiento informado del paciente y el seguimiento farmacoterapéutico, son elementos clave del mismo.

Por su parte, Adela Martín, insistió en que actualmente en España se están realizando intervenciones realmente importantes, no solo a nivel nacional también europeo, en este sentido dijo que llevan trabajando más de 15 años y destacó que España había sido proactiva y había tenido la capacidad de ver que trabajando juntos se mejora la calidad de vida del paciente y su seguridad. Continúa recalcando que el tema de la adhesión es muy importante hoy y en el futuro, tanto en resultados de salud como de sostenibilidad del sistema; el papel del SPD trasciende del ámbito público y de la financiación del Sistema Nacional de Salud, si se consigue que un paciente sea adherente reduce el gasto público o el privado. Los farmacéuticos y los médicos pueden trabajar conjuntamente y esto mejorará la seguridad y la calidad de vida del paciente que es lo que tenemos que buscar.

Esta fue una de las cuestiones a debatir en la mesa presidida por Jesús Larruga, Jefe de Servicio de Prestación Farmacéutica y Dietoterapéutica en la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Valencia. Como representante de la Administración consideró que para ésta no tiene el mismo valor ofrecer un SPD a un paciente frágil polimedicado que para un paciente que se puede valer por sí mismo.

Larruga, quiso poner de manifiesto que la adherencia no se centra exclusivamente en el medicamento “es un concepto mucho más complejo” y aunque los SPD son un elemento importantísimo, no nos debemos centrar únicamente en este servicio.

Para ofrecernos la opinión de los médicos, Olga Vilanova, elige la intervención de Ana Aliaga, médico en el Centro de Salud de Sevilla la Nueva (Madrid) y miembro del grupo de trabajo del Medicamento de SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria). Como médico señalo que la falta de adherencia, además de tratarse de “un

problema de salud casi vital, debe abordarse como problema de calidad asistencial”, en esto dice hay que buscar herramientas y, a día de hoy los SPD han logrado mejorar factores que se incluyen en la optimización de la calidad asistencial tales como “ la satisfacción del paciente, la confianza, y la accesibilidad a los profesionales sanitarios que los tratan”, añade que los SPD aportan seguridad al paciente y esto es una dimensión fundamental. En un proceso asistencial conjunto en el que intervienen médicos, farmacéuticos y otros profesionales sanitarios como enfermería. Estamos hablando de trabajar conjuntamente para evitar errores de medicación. Estos constituyen entre el 50% al 75% de los efectos adversos que aparecen en la atención sanitaria, por ello estamos hablando de seguridad del paciente.

En su mesa también se dejó claro por parte de todos los intervinientes, especialmente por Aliaga, que este servicio “no se utiliza entre los médicos por que se conoce poco”. Y, además es un procedimiento que requiere voluntad y responsabilidad de los profesionales, así como una comunicación con el farmacéutico. También se apuntó, hay suficiente evidencia científica y la implantación de los SPD conlleva una complejidad técnica y de recursos que hace necesario que todos los profesionales lo conozcan, lo asuman como algo bueno y que la administración lo apoye; dice Adela Martín que ha llegado el momento, después de diferentes experiencias y los resultados obtenidos, de que el médico retire sus dudas pues este servicio es “un beneficio para el paciente y tiene que estar convencido de que puede revertir en la carga asistencial”.

Además, también explicó que la administración debe valorar el servicio en determinados grupos de pacientes, ya que no es para todos, y decidir financiarlo. También otro interviniente quiso dejar claro que elaborar un SPD es una responsabilidad para el farmacéutico por la manipulación que realiza de los envases primarios de los medicamentos.<sup>191</sup>

El día 27 de enero de 2020, SEFAC en una Nota de Prensa presenta las conclusiones de su “segundo congreso conjunto” del ámbito profesional médico-farmacéutico.

Bajo el titular “Médicos de Primaria y farmacéuticos comunitarios abogan por la necesidad de una historia única compartida y el empoderamiento real del paciente en el segundo congreso SEMERGEN-SEFAC”.

---

<sup>191</sup> Vilanova, Olga. 2020. “El reto de los SPD es ser prescritos por los médicos y valorados por el Sistema Nacional de Salud (SNS)”. 2º Congreso Nacional Médico&Farmacéutico Semergen-Sefac, Valencia, 24- 25 de enero 2020. En *diariofarma*, 20 de enero, 2020. Cf. <https://www.diariofarma.com/2020/01/29/el-reto-de-los-spd-es-ser-prescritos-por-los-medicos-y-ser-valorados-por-el-sns>



Inicia la exposición indicando que la formación y trabajo conjuntos de médicos de atención primaria y farmacéuticos comunitarios puede brindar a la Administración todo un arsenal de soluciones terapéuticas para hacer un sistema de salud mucho más eficiente y de calidad para afrontar retos presentes y futuros de nuestra sanidad.

El presidente de SEFAC y secretario de la junta Directiva de SEMERGEN, Rafael Micó destacó que en este congreso se había avanzado en la búsqueda conjunta de soluciones para la salud mediante la creación de equipos multidisciplinares y se había apostado por el manejo compartido en el mapa competencial e hizo especial hincapié en la necesidad de seguir avanzando en recertificación, en línea con el entorno europeo, y rubricó que habían procurado que los contenidos del Congreso tuvieran aplicación en la práctica diaria de manera inmediata.

El presidente del comité organizador (Jesús C. Gómez) abogó durante la clausura por:” apoyar y reforzar todas aquellas iniciativas que estimulen el trabajo en equipo y que sigamos reivindicando todo aquello que nos une y sigamos avanzando en buscar acuerdos en aquello que nos pudiera separar”, apostó por la continuidad de estos congresos conjuntos próximamente.<sup>192</sup>

Al concluir lo anteriormente expuesto, recordamos otra situación que no habíamos comentado; el día 19 de abril de 2018 en *Digital Farmadrid*, M.<sup>a</sup> del Puy Heredia, como farmacéutica integrada en el programa de Coordinación del Centro de Salud Daroca desde el año 2012, inicia su exposición indicándonos que “36 médicos de familia, 31 enfermeros del Centro de Salud Daroca de la capital madrileña y los farmacéuticos de Atención Primaria y de las 37 oficinas de farmacia en el distrito de Ciudad Lineal llevan demostrando desde 2011 como se puede avanzar trabajando juntos en beneficio de la salud de los pacientes, sin falsos debates competenciales y teniendo claro sus respectivos ámbitos de actuación.” “Hay que ir de menos a más, teniendo en cuenta que el primer paso es ponerse en contacto con los médicos del centro”.

Seguidamente nos presenta aquel proyecto: “En primer lugar se trataba de mejorar la comunicación entre médicos, farmacéuticos y pacientes. Para ello se habilitó un correo electrónico y una línea de teléfono directa para comunicar incidencias, dudas, dudas con las recetas, problemas con la medicación de los pacientes. Hemos ahorrado recursos a la Administración y mucho tiempo a los profesionales como a los pacientes, que ya no tienen que desplazarse de nuevo al Centro de Salud para resolver cuestiones que,

---

<sup>192</sup>Cf. <https://www.sefac.org/notas-de-prensa/conclusiones-del-ii-congreso-semergen-sefac>



si son urgentes, podemos aclarar en el mismo momento con el prescriptor a través del teléfono”.

Nos indica que esta comunicación intraprofesional se había reforzado con la creación de un grupo por Whatsapp entre médicos y farmacéuticos de la zona. El siguiente paso fue organizar sesiones formativas conjuntas con carácter mensual, y ahora habían pasado a elaborar videos explicativos.

Continúa indicando que otra de las líneas desarrolladas es el trabajo conjunto en los Sistemas Personalizados de Dosificación, “donde ha existido un alto grado de implicación de los médicos”.

Sigue presentándonos otros proyectos en los que están trabajando como el titulado “¿Quieres dormir sin pastillas? Donde se trata la deshabituación farmacológica con la participación de los farmacéuticos de Atención Primaria ayudando a los pacientes a reducir el consumo de benzodiazepinas.<sup>193</sup>

El día 19 de noviembre de 2018, el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, concedió el título de Colegiados de Honor a dos Médicos de Familia y a un enfermero como representantes del Programa “DarocaFarmacias” del Centro de Salud Daroca.<sup>194</sup>

En el Volumen nº 21 de *Pharmaceutical Care España*, encontramos un trabajo firmado por Nuria Jiménez Oliva y compañeros titulado “7 años de DarocaFarmacias: programa de coordinación entre el Centro de Salud Daroca y los Farmacéuticos Comunitarios de su Zona Básica de Salud.”

El objetivo de este trabajo era evaluar el funcionamiento y el grado de satisfacción de los profesionales implicados en su programa (DarocaFarmacias), aclarando “Madrid, España.”

En los Métodos nos informan que participaron 36 oficinas de farmacia y 81 profesionales del centro de salud Daroca en un área urbana con 53.600 pacientes. Utilizaron el correo electrónico y el teléfono directo del centro de salud para facilitar la comunicación con las farmacias.

Dentro de los métodos entraba la pregunta sobre los diferentes aspectos del proyecto (comunicación, relación interprofesional, sesiones de formación y satisfacción) mediante una encuesta anónima a los integrantes de DarocaFarmacias.

---

<sup>193</sup> Cf. On line Digital *Farmamadrid*/ 143 /Médicos y farmacéuticos demuestran cómo colaborar en AP en el Centro de Salud Daroca. Madrid. 19-abril-2018, María del Puy Heredia: “Hay que mejorar la comunicación y poner cara al médico y al farmacéutico”.

<sup>194</sup> Cf. *comunidad.madrid/noticias/2018/11/19/Colegio-Farmacéuticos-premia-programa-centro-salud-daroca*

En los Resultados indican contestaron 67 profesionales (32 farmacéuticos, 21 médicos y 13 enfermeros).

El 95,5% creía que había mejorado la relación entre profesionales y el 82% que había favorecido la comunicación.

Para el 45,7% de los farmacéuticos la mejor vía de comunicación era el teléfono (92% de llamadas resolutivas), para el 31,2% el correo electrónico y 53,1% había acudido alguna vez al centro para resolver el problema.

El 91% de los profesionales estaba bastante o muy satisfecho con DarocaFarmacias.

La conclusión que aporta este trabajo es que DarocaFarmacias era un ejemplo de colaboración entre centros de salud y oficinas de farmacia para una mejor atención a los pacientes.<sup>195</sup>

Ese mismo año, 2019, la publicación *Farmacéuticos Comunitarios*, incluye un trabajo denominado: “Sistemas personalizados de dosificación en atención primaria: un estudio multidisciplinar.”

Era un estudio, según indican, dentro de las actividades de DarocaFarmacias, proyecto promovido 7 años atrás por la colaboración del Centro de Salud Daroca y las farmacias comunitarias de su zona de influencia, como ya conocemos. De este estudio, nos informan era descriptivo transversal, y había sido realizado en octubre de 2016.

En el centro de salud trabajaban 75 profesionales sanitarios (39 médicos de familia, 36 enfermeros), más 37 farmacéuticos comunitarios. La población asignada a la zona ascendía a 53.680 pacientes, los pacientes que vivían en residencias de ancianos fuera de la zona fueron excluidos.

Se prepararon cuestionarios para cada una de las categorías con preguntas sobre conocimiento y opinión de SPDs, gestión, preparación y satisfacción con el servicio.

Respondieron 64 profesionales de la salud (93%), de ellos el 61,4% conocía los SPD (65.6 % de los médicos y el 58,3 % de los enfermeros).

De los 32 médicos que se prestaron a realizar el test ofertaron SPDs el 66,6% y, el 34,4% no. De los 24 enfermeros que aceptaron, lo recomendó el 58,3% y el 41,7% no.

Sobre la utilidad el 93,8 % de los médicos los consideraron útiles y el 6,3% no. Los enfermeros un 95,8% los consideró útiles y un 4,2% no.

En el terreno de los farmacéuticos:

---

<sup>195</sup> Jimenez Olivas, Nuria ; et alts. 2019- “ 7 años de DarocaFarmacias: programa de coordinación entre el Centro de Salud Daroca y los Farmacéuticos Comunitarios de su Zona Básica de Salud”. *Pharmaceutical CARE España*, VI. 21, Núm. 6 (2019)

A la pregunta de si los publicitaban los farmacéuticos, el 38,5% contestó afirmativamente, pero el 61,5% no los publicitaban. Médicos y enfermeros no consta en el trabajo su contestación.

Las contestaciones de los farmacéuticos a su cuestionario fueron:

. En cuanto al tipo de preparador, el 92,3% era manual y el 7,69% automatizado. Por tanto, esto se refleja también en la contestación a la pregunta sobre el tipo de registro, dando un 81,8% en papel y un 18,2% en informatizado. Sobre el personal de apoyo para preparar, el 18,2% contesta que sí tiene y el 81,8% no.

. Sobre si avisan al Centro de Salud contestaron 55,6% que sí y un 44,4% que no.

. El tiempo empleado en preparar el SPD (rango minutos) de 3 a 30 por paciente.

Las preguntas elaboradas para los pacientes eran para todos los que les hacían SPD.

Se encuesta, por tanto, a los 18 usuarios de SPD en esta zona en estudio (12 pacientes y 6 cuidadores) con edades entre 60 y 91 años.

. El 78,8% eran mujeres; el 56,6% vivían solos; 61,1% con estudios primarios (leer y escribir el 30%, primarios 61,5%), superiores 7,7%.

. Las prescripciones venían un 81,1% en receta electrónica y un 38,9% en papel.

. Realizado el test de Morisky-Green tenían como no registrados el 55,6%, y registrados el 44,4%, resultando de estos que un 37,5% eran cumplidores y un 62,5% no cumplidores.

En cuanto al tipo de fármacos incluidos en los SPD por grupos terapéuticos era;

- . Aparato circulatorio . . . . .94,4%
- . Psiquiatría . . . . . 77,8%
- . Endocrinología . . . . .77,8%
- . Aparato locomotor . . . . . 55,6%
- . Aparato digestivo . . . . . 38,9%
- . Aparato respiratorio . . . . . 11,1%
- . Otros . . . . . 33,3%

Sobre cómo tomaba la medicación antes de usar SPD:

- . Directamente de la caja . . . . . 66,7%
- . Pastillero . . . . . 22,2%
- . Con la ayuda de un familiar . . . . . 11,1%

A la pregunta ¿quién se lo recomendó?

- . El farmacéutico . . . . . 88,9%
- . Un familiar . . . . . 11,1%

Para la pregunta sobre el grado de satisfacción con el SPD se ofertaron 4 respuestas:

- . Muy satisfactorio. . . . . 94,4%
- . Satisfactorio . . . . . 5,6%
- . Poco satisfactorio . . . . . 0
- . Nada satisfactorio . . . . . 0

Los 18 pacientes consumieron un total de 138 medicamentos, esto es 7,7 medicamentos por paciente. El 87% de su medicación puede incluirse en los blísteres de SPD y el resto se entrega al paciente.

En la Discusión indican que a pesar de que tanto pacientes como profesionales sanitarios reconocen la utilidad de los SPDs, estos sistemas tienen muy poca implantación en la zona. Continúan opinando que estos resultados podían explicarse por la escasa información que se ofrece a los pacientes sobre este tipo de dispositivos en las farmacias comunitarias y en los Centros de Salud. El desconocimiento entre médicos, enfermeros y pacientes, más el coste económico que tiene para estos, con el agravante de que varía según la farmacia; consideran sería necesario ampliar el estudio entre las farmacias que no ofertaban la preparación de SPD para aclarar los motivos de su baja implantación.

En sus Conclusiones indican que los SPD aún no eran completamente conocidos ente médicos y enfermeros, aunque la mayoría los consideraban útiles para mejorar la adherencia terapéutica. También consideran existían diferencias importantes en cuanto a la forma de gestionar los SPD entre los farmacéuticos de la zona.

Aunque los colectivos estudiados creían que los SPD eran útiles para mejorar la adherencia, existía una baja implantación en esa zona.

Finalizaba este trabajo indicando: este estudio se presentó en:

-XXXVII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria en 2017

- V Jornadas de investigación en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. 2017.

- VI Jornadas de investigación en Atención Primaria de Castilla –La Mancha. 2018.

A nosotros, la difusión de este estudio en todos estos Eventos Científicos, así como su inclusión, siendo una investigación de 2016, en su revista en 2019 nos hace pensar que era una forma de comunicarnos que algo estábamos haciendo mal en 2016 e incluso ahora, pues hemos visto el escaso éxito de los SPD.<sup>196</sup>

### **8. 3. ADHERENCIA NO ADHERENCIA; CUMPLIMIENTO / INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO. SEGUIMIENTO DESDE LA OFICINA DE FARMACIA.**

El problema que persiste, pese al gran interés que despierta encontrar una solución, es el incumplimiento terapéutico que lo encontramos denominado como tal, o como adherencia o no adherencia.

En 1994, un trabajo realizado en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona, presentado bajo el título de “Adherencia terapéutica: una asignatura pendiente en el campo de la Psicología de la Salud”, nos indica que, pese a los considerables esfuerzos desarrollados durante los últimos cincuenta años (era 1994) por los profesionales de la salud para intentar solucionar el problema de la no adherencia a los regímenes terapéuticos en el campo de la Psicología de la Salud, era ésta su asignatura pendiente.

---

<sup>196</sup> Jimenez Olivas,N; Cabrero Majada, A; et alts. 2019. “Sistemas Personalizados de Dosificación en Atención Primaria: un estudio multidisciplinar” - *Farmacéuticos Comunitarios*. Revista trimestral. Vol. 11(3):5-12. Septiembre, 30, 2019.

Indicaba que en el conjunto de regímenes terapéuticos, la adherencia a las recomendaciones clínicas no solía superar el 20%; en el caso de las enfermedades crónicas, las consecuencias de la no adherencia repercutían severamente en la salud física y psicológica de los pacientes; en su ambiente familiar; representando un coste muy serio para la sociedad.<sup>197</sup>

El primer problema que nos hemos encontrado, al adentrarnos en esta materia, va en esta interrogación: ¿qué se debe entender por adherencia terapéutica? Las bibliografías suelen utilizar distintas referencias para un mismo fenómeno. Las más utilizadas, según nuestras búsquedas, son de cumplimiento “compliance” y de adherencia “adherence”.

El concepto “ cumplimiento” también suscita controversias pues es un término para referirse a un mismo fenómeno con distintos matices, pero observamos que el más aceptado ( lo deducimos por verlo admitido en diversos textos de diferentes épocas) fue el dado por Haynes quien el año 1979 lo expresó como “ el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”.

El incumplimiento se nos presenta en distintas facetas y debemos intentar diferenciar, entre otras situaciones, si es eventual o habitual, y esa eventualidad qué la condiciona: situaciones sociales, familiares, anímicas. En este ámbito del ejercicio profesional, indudablemente se necesitan las habilidades psicológicas del farmacéutico.

En la bibliografía consultada encontramos la inquietud que esta circunstancia despierta en el prescriptor y vamos a intentar verlo desde las opiniones vertidas en trabajos de investigación en el campo de la psiquiatría, de la farmacia hospitalaria, y como “centro” de nuestro trabajo, en la oficina de farmacia.

Emilio García Jiménez, en su tesis doctoral *Incumplimiento como causa de problema relacionado con medicamentos en el seguimiento farmacoterapéutico*, presentada en Granada en el año 2003 nos ofrece una definición dada por Antonio Iniesta García en su trabajo *Cumplimiento o Adherencia en Atención Farmacéutica*, publicado en 1999, en el que

---

<sup>197</sup> Demarbre,Veronica.1994.”Adherencia terapéutica: una asignatura pendiente en el campo de la Psicología de la Salud”. *Anuario de Psicología*. 1994. Nº61:71-77

recomendaba el término “adherencia terapéutica”, ya que “cumplimiento”, según él, implica un modelo de “obediencia ciega” en la que el paciente es el único responsable en seguir un plan de tratamiento prescrito sin consultarle, siendo el papel de paciente pasivo, mientras que la terminología adherencia supone un acuerdo sobre los objetivos del tratamiento y sus posibilidades.<sup>198</sup>

En *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, volumen 9, editado en 2009, encontramos un trabajo firmado por tres profesionales, dos de la psiquiatría y uno de la psicología que titulaban “Estrategias de Intervención para Adherencia Terapéutica”.

Al presentar el Resumen, lo inician (como suelen justificarse todos los trabajos sobre adherencia) indicando que la adherencia es uno de los retos más importantes de la medicina en general, ya que conseguirla repercutiría en una mejor evolución clínica y menos costes sanitarios.

Refiriéndose a su especialización profesional también lo consideran un reto para la psicología y la psiquiatría. Indican que frente al innegable avance que se había producido, en las últimas décadas, en los tratamientos psicofarmacológicos, el problema de la adherencia no había experimentado un progreso similar ni significativo. Por otra parte, indicaban, que afortunadamente se estaba produciendo el primer paso indispensable para su mejora, y este era, la mayor concienciación sobre ese problema en la comunidad científica.

Consideran, que la evolución de la adherencia y las intervenciones para su mejora debe ser un aspecto fundamental de la práctica clínica diaria.

Al ser trabajo elaborado por psiquiatras, el individuo, sus reacciones, los condicionantes para esas reacciones, son prioritarios a la hora de intentar entender el “por qué” del incumplimiento terapéutico, contemplando los abandonos temporales que el paciente decide; “por qué” el abandono absoluto; y, en esos “por qué” estamos involucrados los profesionales que no sabemos convencer al paciente.

---

<sup>198</sup> García Jimenez, Emilio. 2003. *Incumplimiento como causa de problema relacionado con medicamentos en el seguimiento farmacoterapéutico*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. Facultad de Farmacia. Departamento de Bioquímica y Biología Molecular. 2003.

Cf. Iniesta García, Antonio. 1999. *Cumplimiento o Adherencia en Atención Farmacéutica*. Escuela Nacional de Salud. Madrid. 1999.



En este punto indican que la adherencia terapéutica “es un fenómeno complejo” ya que, insisten, lo condicionan factores de diversa naturaleza. “Es una conducta o repertorio de conductas motivado por componentes subjetivos, pero también influenciado por factores externos.”

Nos presentan las cosas que debemos indagar en el paciente: los conocimientos y creencias que tengan a cerca de su enfermedad, motivación para recuperar la salud, motivación para adaptarse adecuadamente a su condición de enfermo. “El padecimiento de una enfermedad, per se, ya es una carga estresante para el sujeto, a la que hay que añadir el cumplimiento riguroso de un régimen de indicaciones que implica la realización de un esfuerzo dirigido a garantizar el cumplimiento”.

“La adherencia al tratamiento comienza a desempeñar su papel en el momento posterior al diagnóstico de la enfermedad, cuando suele producirse una diferenciación subjetiva entre su carácter nosológico (etiología, pronóstico y tratamiento) y la forma en que la percibe quien la padece, el significado que le confiere (una pérdida, un reto, una amenaza, incluso un alivio)”.

También opinan que el prescriptor sabe que hay “una brecha entre el tratamiento apoyado en los ensayos clínicos y la baja efectividad en la práctica clínica real”.<sup>199</sup>

Con intención de encontrar otros planteamientos, ya que nos estamos moviendo en un terreno, para nosotros, nuevo, consultamos una publicación de 2018, fecha incluida en el tiempo de nuestro trabajo. En esta investigación se nos presenta definida la adherencia como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por médico o personal sanitario, aceptadas de mutuo acuerdo”.

Continúan explicándonos la existencia de controversia entre la pertinencia o no de emplear distintos vocablos, por ejemplo, Cumplimiento, Abandono y Adherencia, para indicar éxito o fracaso de un tratamiento; los autores se inclinan más por Alianza Terapéutica, Colaboración, Cooperación y

---

<sup>199</sup> Hernandez Reina, Enrique; Acosta Artiles, Francisco J.; Hernandez Fleta, Jose L. 2009. “Estrategias de intervención para adherencia terapéutica”. En *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. 2009. Vol. 9, Nº1:13-28

Adherencia, pues implican más participación, un papel más activo del paciente en las decisiones que afectan a su salud.

Como vemos, según nos indican, uno de los primeros problemas en esta investigación es la definición del concepto, no obstante, aseguran que los más utilizados son Cumplimiento (compliance) y Adherencia (adherence).

En este punto deciden ofrecernos la definición de cumplimiento que había dado, del mismo, Haynes en 1979. Es un trabajo centrado en la trayectoria de las definiciones y sus ¿por qué? empezando por el sentido de placebo y nocebo, para llegar a las dudas habituales.<sup>200</sup>

Entrando ya en el “incumplimiento fármaco-terapéutico”, iniciamos nueva cronología; por su interés, fijamos nuestra atención en un trabajo que en el año, 2009, se publica en *Pharmaceutical Care España*, realizado por un equipo de farmacéuticos expertos en Bioquímica, Biología Molecular, Físico-Química, en su condición de responsables del Grupo de Investigación en Química Física, Universidad de Granada y una Doctora en Veterinaria de la Cátedra de Cirugía de la Universidad de Extremadura, titulado “Herramientas para identificar el incumplimiento fármaco-terapéutico desde la Farmacia Comunitaria”, en el Resumen que adjuntan, nadie mejor que ellos podían explicar sus motivos y objetivos :”El objetivo de este trabajo es, comentar los métodos utilizados para valorar el incumplimiento terapéutico, que también se pueden utilizar para valorar la adherencia desde la farmacia comunitaria”.

Indican realizaron una revisión bibliográfica en la Base de Datos Medline (PlusMed) para obtener referencias de los artículos relevantes y así llegar a estudios publicados sobre incumplimiento terapéutico. Los métodos identificados fueron: “Recuento de comprimidos”; “MEMS”; “test de Hayne-Sackctt”; “test de Morisky-Green-Levines”; “test de Batalla”; “test Hermes”; “test Herrero Carranza”; test SMAR: ESPA: BMQ”; “valoración eficacia terapéutica”; “valoración efecto adverso”; “Bases de Datos de farmacia”; “SPD”; “Persistencia de reposición y Diferencia de peso”. Como Conclusiones de este trabajo indican que “se dispone de una amplia gama de métodos de valoración indirecta del cumplimiento terapéutico”.

---

<sup>200</sup> Martínez Protat, Ester. 2018. “Adherencia al tratamiento en psiquiatría: estudio preliminar de los modelos empleados”. En *Interfigus*. 2018. Vol. XIX. 2018.

Cf. Internet [psiquiatria.com/bibiofigus/adherencia-tratamiento-en-psiquiatria-estudio-preliminar-de-los-modelos-empleados](http://psiquiatria.com/bibiofigus/adherencia-tratamiento-en-psiquiatria-estudio-preliminar-de-los-modelos-empleados)

En la Introducción habían expresado que el incumplimiento terapéutico representa un gran problema que afecta a las enfermedades especialmente crónicas. Se define como “el grado en que el comportamiento de una persona (toma el medicamento, sigue un régimen alimenticio, o ejecuta cambios en su vida), no se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria”, todas las definiciones que versan sobre adherencia, no adherencia o cualesquiera denominaciones por las que se le conoce, no variaran en ningún momento.

Confíes en que, pese a todo el material que han encontrado, no se puede indicar un Método Indirecto totalmente fiable. De los Métodos Directos, aun es más difícil, se tiene poco volumen de fármacos, en la oficina de farmacia, por tanto, es de poca utilidad y se necesita una infraestructura “sofisticada”.

Seguidamente nos exponen qué es cada una de las indicaciones que nos han dado:

Recuento de comprimidos. Consiste en contar la medicación que le queda desde la fecha de la dispensación a la fecha del recuento (nos indican hasta el cálculo). El método se considera suficientemente válido, objetivo y fiable, pero nada nuevo.

Buscando soluciones nos presentan los MEMS (Monitors Events Medication Systems), monitores electrónicos para control de medicación. Es, como su nombre indica, un sistema monitorizado que lleva un registro informatizado en el que colocando un microchip en el tapón de cierre del envase donde se colocan los comprimidos, va a controlar, automáticamente, la apertura del envase, la hora y la fecha, pues lo tiene registrado y te da el patrón de las horas en que el paciente lo utilizó. Es viable pero costoso, nos cuentan, como ya hemos visto anteriormente, que fue probado en las farmacias portuguesas con muy buena acogida.

Nuestra opinión personal, pese a todo lo que hemos leído, consideramos que no existe una estrategia que por sí sola sea efectiva. En algunos trabajos indican que, habitualmente, sólo es efectivo, y de forma moderada en el mejor de los casos, la combinación de más de una estrategia.

En esta investigación que estamos comentando, según indican, lo más efectivo para mejorar el cumplimiento con la medicación son: simplificar

los tratamientos; dar instrucciones claras; usar recordatorios; reconocerle al paciente el esfuerzo del cumplimiento, e implicar a los familiares.

Sin embargo, gracias a su grado de especificidad se recomendaba, en la práctica clínica, utilizar como primer método, el de comunicación del autocumplimiento de Hayne- Sackett (1978); con las mismas indicaciones y estrategias anteriormente recogidas y expuestas.

También se recomienda el test de Morisky-Green-Leving. Estos dos métodos autocomunicados son fáciles y está en ellos la habilidad de los profesionales de la oficina de farmacia para facilitar la sinceridad.

En el test de Batalla, no es el centro de la cuestión el medicamento, está desplazada por el interés del interrogador sobre el conocimiento que el paciente tiene de la enfermedad. También es fácil de realizar en la oficina de farmacia

El resto de los citados en el trabajo son más específicos, por ejemplo, el ESPA se diseñó para detectar problemas de adherencia al tratamiento antirretroviral.

La valoración de la eficacia terapéutica alcanzada, en la oficina de farmacia basa los resultados en la evidencia, pero no es expresión de cumplimiento o incumplimiento. Lo mismo pasa con los efectos adversos de los medicamentos que nos indica lo que son en sí mismos pero nunca nos servirán para discernir una adherencia o no adherencia.

Todos estos métodos y estas consideraciones tenían una extensión bibliográfica que solía suscitar controversias y discusiones de gran nivel científico y gran interés.

Diversos autores consideraron los sistemas post-dispensación un método indirecto para la detección, en la oficina de farmacia, del cumplimiento posológico. Realmente eran un dispositivo desechable (blíster) de control de la medicación en el que el farmacéutico pondría toda la medicación sólida del paciente según la pauta prescrita.

Estos sistemas se presentaban bajo distintas formas y denominaciones, pero iguales en la utilización: SPD, SID (del latín Semel in Diem = una vez al día), etc.

Pese a no haber una evidencia científica concluyente, manifestaban que muchos estudios del caso, indicaban que estos dispositivos podrían ser muy

útiles para la mejora del cumplimiento y la detección de incumplimiento en caso contrario.

También, nos dicen, hay investigadores que recomiendan optar por una actuación “tipo mixto” esto es, trabajar con información cualitativa y cuantitativa; limitaciones que encuentran: seguimiento de días previos y cansancio del paciente; frecuencia de aplicación; sobreestimar la adherencia por riesgo de memoria, riesgo de respuesta.

En este punto consideran que el cuestionario SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire), es más sencillo pues se contesta si/no a seis preguntas:

- 1) Alguna vez ¿olvida tomar la medicación?
- 2) ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?
- 3) Alguna vez ¿deja de tomar el fármaco si se “siente mal”?
- 4) ¿Olvida tomar la medicación durante “el fin de semana”?
- 5) En la última semana ¿cuántas veces no tomó alguna medicación?  
B; 1-2  
C: 3-5  
D: 6-10
- 6) Desde la última visita ¿Cuántos días completos no tomó medicación?

Días ....

El método de diferencia de peso inicial y final en dispositivos por vía inhalatoria resultan complejos para la oficina de farmacia pues requieren tiempo, profesional preparado, y material adecuado.<sup>201</sup>

Aunque, según las colaboraciones que hemos estudiado, en 2008 parecía existir un acuerdo en la necesidad de ofrecer en la atención sanitaria los servicios a través de las oficinas de farmacia, en el criterio de R.Guayta-Escolies manifestado en la colaboración que ya hemos comentado anteriormente, titulada: “La gestión del cambio: nadar o naufragar” publicaba *El Farmacéutico Extra*, de febrero, 2008, el proceso estaba resultando demasiado lento, y explicaba: “la creciente complejidad de las necesidades detectadas y expresadas en el sistema sobre envejecimiento, prevalencia de enfermedades crónicas, enfermedades emergentes, dependencia, multiculturalidad, asistencia domiciliaria, nuevas tecnologías,

---

<sup>201</sup> Rodríguez Chamorro, M. A; García Jimenez, E; et alts. 2009. “Herramientas para identificar el incumplimiento Farmacoterapéutico desde la Farmacia Comunitaria.” En *Pharmaceutical Care España*. 2009. 11 (4) 183-191

etc., hace que los actores sanitarios experimenten cambios de sus roles tradicionales y aparezcan modelos de gestión interprofesional de casos, intercambio terapéutico, médico, enfermería y farmacéuticos son un ejemplo”. Pese a este intercambio o colaboración de profesiones de la salud, que el autor apunta, es algo aún en nuestros días escasamente conseguido.

El papel del farmacéutico es un elemento clave en el Sistema de Salud como proveedor de servicios de atención farmacéutica y su competencia como profesional altamente especializado en la efectividad de los medicamentos. En la cuestión del paciente crónico es muy interesante su función de revisar la medicación y vigilante en la repetición de las prescripciones en estos pacientes. Muchos de los nuevos servicios que puede ofrecer el farmacéutico necesitan una acreditación ya que es un proceso que garantiza la calidad en la prestación de esos servicios, siempre precedidos por la pertinente experiencia piloto.

Otro apartado que cuesta aplicar, y más aún consensuar en las distintas Comunidades Autónomas es el correspondiente a conseguir una compensación económica del servicio y sobre quién recae asumir esa compensación. En esta colaboración de Guayta-Escolies nos indica existen estudios que evalúan correctamente el coste para el farmacéutico, de la provisión de servicios para los pacientes en su oficina de farmacia. En los estudios que se realizaron en esos años, casi todos, aún ahora siguen siendo válidos, ya hemos comentado el cambio de moneda en curso, pero los procedimientos son útiles, las instalaciones precisas para realizarlos también han variado acordes al tiempo y las nuevas tecnologías; pero tras estos resultados, siempre precisaremos un cálculo coste/beneficio para el posible pagador, sea el paciente, sea la Administración o las aseguradoras.

Se había determinado que los servicios más comúnmente prestados eran los relacionados con el régimen terapéutico prescrito, sobre todo en caso de terapias complejas o frente a dificultades de comprensión o comunicación con el paciente, el manejo interprofesional de casos complejos, la práctica de ciertos cribados en individuos de riesgo, el seguimiento de los pacientes.

La realización, por parte del farmacéutico, de estas intervenciones suponía una inversión en tiempo dedicado que se estimaba en un intervalo oscilante entre los 6 y los 20 minutos por intervención, considerando aquí el tiempo

dedicado a paciente y receta, sobre todo en casos de problemas relacionados con medicamentos (PRM).

Reconoce que existían pocos estudios que evaluaran correctamente el coste para el farmacéutico de la provisión de servicios a sus pacientes teniendo en cuenta tiempo invertido, logística necesaria, complejidad de la actuación, etc.; y aún menos que realice un correcto estudio coste/beneficio para encontrar un posible “tercer pagador” (compañías de seguros...).<sup>202</sup>

Sin cambiar de fuente (*Correo Farmacéutico*. Extra, febrero 2008), encontramos un trabajo firmado por Lluís Triquell, y Rafael Borrás bajo un sugestivo título “Propuestas para superar los retos de la oficina de farmacia”. Comienzan los autores por ofrecernos su opinión sobre el modelo europeo de oficina de farmacia concluyendo “dado que el modelo europeo no es uniforme, nos encerramos en defender el nuestro como si tuviese que durar toda la vida, ya que es el mejor”; pero, a renglón seguido, afirman “no esperemos que todo siga igual como hace diez años. O cambiamos y mejoramos o nos será muy difícil avanzar”.

En ese momento (2008) nos refieren los autores, que quien estaba respondiendo era la Comunidad Valenciana que había optado por financiar los servicios sanitarios por capitación. Cada Área de Salud disponía de una cantidad fija por paciente y año, que podía gastar con plena libertad, eso sí, aportando el criterio de cartera de servicios y calidad.

Para ponerse a esta misión, indicaban, debíamos preguntarnos quién sería el motor del cambio ¿el paciente?, lo ven improbable a corto plazo, ¿el farmacéutico?, deberá desarrollar un nuevo modelo de prestación de servicios en función de las exigencias del entorno, de tal manera que pudiera visualizarse por los agentes del sistema como una prestación de alto valor añadido; ¿sería el financiador el motor del cambio?, y lo considera probable, pues piensan que su responsabilidad va más allá de controlar el gasto, era más bien de impulsar un determinado tipo de servicios que dieran respuesta a las necesidades de ciudadanos y pacientes.

Dentro de este trabajo nos presentan un subtítulo “Un modelo para la oficina de farmacia a explorar” en él nos presentan el resultado de unas

---

<sup>202</sup> Guayta-Escolies, R. 2008. “La gestión del cambio: nadar o naufragar”. En *correo Farmacéutico* Extra, febrero 2008: pags. 44-51.



cuestiones que, en el Congreso de Infarma celebrado en 2007 se plantearon a los asistentes en uno de los talleres. De 100 personas asistentes a ese taller se les formuló la pregunta ¿qué deberíamos cambiar individualmente para afrontar con éxito un escenario de desregulación en el 2010?; 68 farmacéuticos comunitarios fueron los que contestaron y que (por lo que cuenta) esas respuestas que dieron, se comentaron una a una. Luego las pasaron a una Consultoría que a partir del conjunto de opiniones optó por diseñar un modelo integrado que contenía una serie de utilidades diferentes:

- “1. Autoevaluación del farmacéutico,
2. Reflexión conjunta, con un grupo de compañeros para proponer planes de acción.
3. Desarrollo de un modelo integral e integrado que permita transformar la farmacia y adaptarse a las necesidades del siglo XXI”.

En una tabla indicaba: “Bases del modelo

- . Estar atentos a las nuevas oportunidades en lugar de solo protestar
- . Unirse para sobrevivir y no actuar individualmente
- . Creer en lo que hacemos
- . Aliarse con industria y proveedores de servicios
- . Especializarse en alguna actividad
- . Asumir responsabilidades profesionales
- . Competir aportando mayor valor añadido
- . Innovación y marketing
- . Cambiar la organización de la farmacia
- . Asesoramiento personalizado
- . Conseguir ser socios de nuestros pacientes
- . Crear redes de cooperación entre farmacias
- . Fortalecer la gestión de la farmacia
- . Aumentar los conocimientos
- . Proporcionar atención farmacéutica”

Llegado a este punto, los autores plantean ¿cómo concebimos el modelo?, y se responden que el modelo debe desarrollar elementos de actuación en cinco categorías: Cultura. Estrategia. Profesionalismo. Gestión de recursos. Gestión de procesos, clientes, cooperaciones.

En la exposición de cada categoría realmente no aportan nada nuevo, más bien se reiteran, pero planteando la misma anotación un poco diferente, así por ejemplo en Estrategias propone cuatro puntos:

- . Especialización en una o diversas áreas terapéuticas o enfermedades prevalentes.
- . Diferenciación.
- . Alianzas con proveedores.
- . Focalización en medicamentos publicitarios.

En la Gestión de proceso, clientes y cooperación, dicen que es el apartado en el que se deben hacer mayores esfuerzos, dado que pensaban se le prestaba poco o nula atención.

Abogaban por que se hicieran cambios en la apariencia de la farmacia y cita a un profesor (profesor Huete) del Instituto de Estudios Superiores de la Empresa (IESE), que hacía mucho tiempo (sin precisar) aconsejaba el cambio de lugar de encuentro, que debería pasar “de la farmacia anónima”, todas iguales, diseñadas por empresas poco imaginativas y sin importarles nada el papel profesional del farmacéutico, a farmacias personalizadas en base a la cartera de servicios y a la estrategia.

A modo de epílogo nos ofrecen sus reflexiones indicando que si parecía utópico un modelo con las características sugeridas, más utópico sería plantear lo que deberíamos ser sin avanzar para serlo. Aseguran que alguien debería dar el primer paso: proyectos concretos, evaluación de resultados y negociación en base a hechos.<sup>203</sup>

El tiempo pasa y la no adherencia, es un problema que incide gravemente en la ineffectividad del tratamiento terapéutico y consideramos de difícil solución pues siempre habrá una parcela que pertenece volitivamente al individuo y es imposible conducirlo de forma externa.

La adherencia terapéutica, siempre se ha dicho es uno de los retos más importante de la medicina en general y de la psiquiatría y psicología, reflejándose en las numerosas publicaciones científicas que se realizan.

Según Hernández Fleta y otros, en trabajo publicado en 2009 indicaban que la adherencia terapéutica era un fenómeno complejo condicionado por factores de diversa naturaleza con componentes subjetivos, pero también por factores externos.

---

<sup>203</sup> Trinquell, Luis; Borrás, Rafel. 2008. “Propuestas para superar los retos de la oficina de farmacia”. En *El Farmacéutico*. Extra, febrero 2008: págs. 53-57

Ante las distintas formas de entender la adherencia entre los propios profesionales, este grupo investigador indicaba que con el fin de superar estas limitaciones algo que ya nos habían ofrecido casi textualmente otros autores, por eso estos investigadores nos indican se habían introducido otros términos “adherencia” o “alianza terapéutica”, ya que “alianza terapéutica”, “colaboración” “cooperación” implicaría una mayor participación y un papel más activo del paciente en la toma de decisiones que afectan a su salud.

También es frecuente que el paciente acepte la planificación de las consultas acudiendo puntualmente a ellas y manifestando (en algunos casos) un tono de sinceridad ante su adherencia o no al tratamiento.<sup>204</sup>

Todos los investigadores de este tema ponen la esperanza en conseguir una fórmula y la propia complejidad del tema lo demuestra, la pluridisciplinaridad de especialidades de la medicina que inciden en ella donde, la psiquiatría tiene su parcela en la sensibilidad psicológica, inherente a cada terapeuta que contacte con el paciente, ya que es la enrevesada parte personalísima de la terapéutica con protagonistas individuales: terapeuta y paciente.

El SPD, rigurosamente realizado es la maravillosa oportunidad que aporta el que, paciente o cuidador, tengan que venir semanalmente a la oficina de farmacia y puedan, a su farmacéutico, cruzar una pregunta, un comentario sobre cómo percibe su salud y encontrará una contestación totalmente profesional razonándole su mejoría presente (caso de que así haya sido) y asegurando que seguirá así, en el futuro, siendo sumiso y paciente con las recomendaciones que le hagamos los profesionales.

Casi todos los estudios sobre adherencia acaban confiando en el servicio de SPD que le realiza el farmacéutico.

Siempre con la preocupación de la no adherencia terapéutica hemos encontrado, y algunos comentado (psiquiatría), trabajos realizados desde el punto de vista de médicos y enfermeros.

En 2012 se publicó bajo el término general de *Documento de Consenso*, un trabajo titulado *Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectivas de futuro*.

---

<sup>204</sup> Fleta Hernandez, José Luis; Azcona Artiles, F. Javier; Pereira Miragala. José. 2009. “Adherencia terapéutica”. *Cuadernos de Psiquiatría*. 2009. Vol. Nº1:13-28

Tres cosas movieron nuestro interés, una la “aproximación multidisciplinar”; dos, “perspectivas de futuro”; tres, que en esa multidisciplinaredad figuraba entre los coautores una farmacéutica instruida: Ana Aliaga, Secretaria General del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, en ese momento.

Justifican: “El presente documento tiene como objetivo dar a conocer diferentes aspectos del cumplimiento, básicamente en cuanto al tratamiento farmacológico se refiere”.

Se basan, según siguen informando, en estudios de investigación y revisión sistemática de bibliografía nacional e internacional extensa, nos ofrecen la definición de cumplimiento e incumplimiento según distintos profesores, para centrarse en la incidencia de esta situación en patologías crónicas como HTA (hipertensión), EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y en diabetes, dando cifras, que ya poseían. La tabla de “causas habituales” de mala adhesión Terapéutico Farmacológica, es con la que trabajan todos los autores encontrados hasta este momento, una relación de siete test para realizar con el paciente, y la relación de los factores que influyen en la adherencia terapéutica: Características del paciente; Características del Régimen terapéutico; Características de la enfermedad; Características del entorno familiar; Características de la estructura sanitaria; Características del profesional sanitario: médico, enfermero y farmacéutico:

.Desconfianza o poca cooperación entre el paciente y el profesional sanitario.

.Profesional con aptitudes y actitudes negativas para presentar la información: falta de empatía, desmotivación, etc.

. Ausencia de instrucciones escritas.

. Lenguaje demasiado técnico.

. Escasa o nula cooperación entre el médico y el farmacéutico.

Las conclusiones aportadas son las habituales:

. Simplificar el tratamiento al máximo.

. Siempre que sea posible, sincronizar la toma de las medicinas en el mismo horario.

.Para HTA se fomentará la adquisición de monitores de automedición domiciliaria de la presión arterial.

. El uso de sistemas personalizados de dosificación (SPD).

.Entrenamiento de profesionales sanitarios para lograr el cumplimiento estimado mediante MEMS.

. Sistemas de voz interactiva telefónica (IVR)

. Internet (medicación en tiempo real)

. Mediante mensajes al móvil, indica mejora el cumplimiento en pacientes con demencia senil (DM).

El contenido de la publicación abarca 57 páginas, y ofrece 157 referencias bibliográficas que dan una idea de lo interesante que era la no adherencia a los profesionales que habían intervenido (médicos, farmacéuticos, enfermeros).<sup>205</sup>

Otro problema importante que mueve, en el farmacéutico de oficina de farmacia, una inquietud por conocer las causas, es la interrupción e incluso la decisión de no iniciar el tratamiento por parte del paciente.

Esta inquietud promovió, el interés por realizar investigaciones, consistentes en trabajos de campo para obtener los resultados que despejasen sus inquietudes, aproximándonos a una certidumbre acompañada de alguna duda, pero que sirviera para tomar decisiones a los sectores más implicados en el recorrido del medicamento hasta llegar al paciente y conseguir de su sinceridad (siempre relativa) nos confiese la causa de su infidelidad a la fármaco-terapia.

Estos resultados interesan a la sanidad pública y privada, instituciones, facultativos médicos, farmacéuticos e industria farmacéutica.

Por eso a nosotros, también nos interesó conocer todo aquello que pudiera conducir a evitar, tanto el resultado de una negativa del paciente en retirar su medicación de la oficina de farmacia, como las distintas circunstancias que llevan al farmacéutico a cuestionarse la dispensación.

---

<sup>205</sup> Aliaga, Ana; et alts. 2012. Documento de Consenso. *Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectivas de futuro*. 2012. Obra coral con: 2 Coordinadores, 6 Coautores (Ana Aliaga et alts.). Impreso DGMM. 2012.

Cf. Internet <https://www.fesemi.org/publicaciones/semi/consensos/documento-de-consenso-una-aproximacion-multidisciplinar-al-problema-de-la-adherencia>

Es una situación que ofrece varias direcciones en las que investigar, tantas como las causas que conducen a ella.

Una de estas posibles direcciones la encontramos en la interesante comunicación oral ofrecida en el VI Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios realizado en Málaga los días 22-24 de mayo de 2014, titulado “Implantación de un método de seguimiento para las notas de seguridad de medicamentos humanos en la farmacia comunitaria”, los autores eran : Beatriz Román Llamosí; Gracia Frasket Peiró, et.al., referido en la publicación de la Sociedad Española de *Farmacéuticos Comunitarios* (SEFAC).

El estudio se desarrolló en la oficina de farmacia que en Gandía (Valencia) era titular Beatriz Román, y contaba con un excelente equipo. La idea surgió porque conociendo la publicación por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (entonces, AEMPS) de las alertas de seguridad sobre medicamentos, revisaron las publicadas desde enero de 2009 hasta marzo de 2014 periodo al que correspondieron 151 notas de las cuales 34 eran medicamentos que se estaban dispensando en oficina de farmacia (farmacia comunitaria).

El objetivo de este trabajo era trasladar las alertas de seguridad de medicamentos a la práctica asistencial de la farmacia para mejorar el uso de los mismos y evitar la aparición de efectos adversos. Utilizaron como soporte informático para registrar las intervenciones el programa de Gestión Farmatic, (Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria).

Una vez realizada una lista con los medicamentos publicados por la AEMPS y seleccionar los 34 de dispensación farmacéutica, los separaron en dos bloques: los que necesitaban intervención del farmacéutico y los que no la necesitaban pues sólo precisaban advertencias al paciente.

En el programa de Gestión Farmatic, al dispensar un medicamento sometido a una alerta, aparecía en pantalla un resumen de la alerta, la forma de actuar y recomendaciones al paciente.

Para poder registrar el resultado en la dispensación encontramos:

Dispensación con consejo

Dispensación con remisión al médico prescriptor

Dispensación con seguimiento fármaco-terapéutico (SFT) en la propia oficina de farmacia

Dispensación con remisión al farmacéutico

Dispensación NO.

Al terminar la dispensación se selecciona bajo qué tipo se ha realizado, quedando de esta forma registrado.

El interesante contenido de esta comunicación nos ayuda a conocer que a través de un sistema informático, nada costoso, lograremos la máxima efectividad para materializar una correcta dispensación, pues va ya cribada por esta primera alerta. El resultado de sus intervenciones y las explicaciones del material y métodos empleados, así como sus conclusiones se encuentra publicado en *Farmacéuticos Comunitarios*.<sup>206</sup>

El año 2015, el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid ofrece unas sesiones preparatorias para el quehacer diario de la oficina de farmacia y desembocar en el servicio de SPD, se acompañó de un cuaderno titulado *Gestión Estratégica del Servicio de SPD*, para cada participante, con 111 páginas encuadernado en espiral y la estructura de su contenido era:

Introducción:

- . SPD como servicio sanitario estratégico para las FC
- . Objetivo estratégico: Implantación, consolidación y continuidad del SPD en la FC

De aquí a la página 79 en que llegamos al SPD nos irá preparando para ser un interlocutor y un gestor de nivel. A partir de ahora nos adentraremos en sus contenidos,

¿Qué es Estrategia?/¿Qué se entiende por estratégico/a? Nos lo explica en una página. Seguidamente pasa a:

Objetivos:

- . Facilitar al farmacéutico la gestión estratégica del servicio.
- . Gestionar de forma rentable.

---

<sup>206</sup> Román Llamosí, Beatriz; Frasket Peiró, Gracia.; et elts. 2014. Implantación de un método de seguimiento para las notas de seguridad de medicamentos humanos en farmacia comunitaria". En *Farmacéuticos Comunitarios*, 6, Suplemento 1. 2014



. Implicar al personal de la FC en la puesta en marcha, consolidación y continuidad del servicio y en hacerlo de modo eficiente y con la calidad requerida.

¿Qué es Gestión?

Conjunto de acciones dirigidas a, ordenar, coordinar, alinear, de modo adecuado y rentable, todos los recursos, tanto materiales como humanos, encaminándolos hacia la consecución de un objetivo concreto.

¿Qué es Gestión Estratégica del SPD?

1. La consideración del SPD como ventaja competitiva permanente para la FC. (Farmacia Comunitaria).
2. La organización, coordinación y alineación de todos los recursos de la FC hacia la puesta en marcha, la consolidación y continuidad rentable del SPD.

Programa

1 coherencia entre objetivos estratégicos y la estructura de organización.

¿Qué es Estructura de Organización?

Las páginas de 7 a 11 ocupan estas estrategias y, finalizadas se propone la Práctica 1: Definición de funciones y tareas a cada puesto.

¿Qué es la competencia emocional?

¿Qué es inteligencia emocional?

¿Qué es la empatía?

Las dos primeras incógnitas las soluciona en una página, pero la empatía ocupa de la página 14 a la 21.

Influencia

Comunicación

El Lenguaje No Verbal (según Allan Pease)

Espacio Personal. Distancias Zonales

Los Gestos Con Las Manos

Expresión Facial

Posición De La Cabeza, Brazos y Piernas

Reconocimiento

## La Aceptación Asertiva (Jeffrey A. Nelly)

### Aprender a Ser Más Asertivo (Richard Rakos)

A esta altura de la exposición plantean la Práctica 2 que consistirá en preparar una entrevista utilizando las competencias: - De adherencia al tratamiento. - Oferta del servicio. - Petición de aceptación del servicio firmado por el paciente.

Concluida esta parte, en la página 79 nos indica,

Competencias del responsable de SPD: Competencias de liderazgo, gestión de equipos y orientación a resultados.

Liderazgo

Gestión de Equipos. Colaboración y cooperación.

Orientación a Resultados

Aquí se plantea la Práctica 3; es una reunión del responsable del servicio con el personal de la farmacia para:

- . Poner en marcha el SPD en la FC
- . Distribuir tareas entre el personal
- . Establecer objetivos.

En la página 93, pasamos a un punto que se denomina “Estudio económico Presupuesto/determinación PVP” y en él nos ofrece, en toda su extensión los cálculos que ofrecía un trabajo que hemos citado anteriormente:

“Servicio de sistemas personalizados de dosificación: coste del servicio frente al margen de los medicamentos.” P. Rius; M.P. Gascón; A. Sánchez; M. Borau; C. Capdevila; M. Estrada. Consejo de Colegios Farmacéuticos de Cataluña.

Nos indican que el objetivo del estudio era analizar el coste del SPD y determinar si el coste podría ser asumido por el margen de los medicamentos.

Resultado del estudio:

- . Coste del SPD por paciente/mes (cuatro semanas): 19,85 euros
  - . Se necesitarían un mínimo de 8 medicamentos para cubrir este coste:
- Con un margen de los medicamentos del 22%

El precio medio del medicamento sea de 10,92 euros

Envase y posología: 1 mes de tratamiento; 4 semanas – 1 blíster/semana.

Objeciones:

1. Aplica el margen bruto sólo y exclusivamente a la realización del SPD.

¿Qué pasa con otros costes de la FC y con el beneficio?

2. Sólo analiza un procedimiento manual de elaboración del SPD.

Presupuesto/Determinación PVP

Nos indican van a utilizar la estructura de costes del estudio del Consejo de Colegios Farmacéuticos de Cataluña, con las siguientes modificaciones:

a. Incluirán costes de amortizaciones.

b. Calcularán costes elaboración manual y semiautomática.

c. Utilizarán para la preparación coste/hora entre farmacéuticos y técnicos de farmacia.

1. Costes de personal

...Convenio XXIV Colectivo para Oficinas de Farmacia 2014-2016, más S.S.

... Tiempos previstos para el estudio económico del Consejo de Colegios de Farmacéuticos de Cataluña, para cada función:

. Preparación manual: 12.5' semana

. Intervención: 7.7'mes

. Entrevistas: 60'al semestre

. Tiempo para preparación semiautomática por SPD semana (aquí nos indican era el criterio obtenido de un comercial, según los farmacéuticos que usaban sus productos). Se multiplica por 3 ó 4 el número de SPDs.

En consecuencia, si dividimos por 3 los 12.5 minutos de preparación manual de un SPD, con el sistema semiautomático el tiempo de preparación por unidad de SPD será de 4.17 minutos.

2. Material

Criterios utilizados por el Consejo de Colegios de Farmacéutico de Cataluña, se aplicará a Material: 0.54 euros semana; 2.34 euros mes.

## Amortizaciones.

### Criterios para preparación manual

Mueble: 2.100 euros

Amortización en 7 años

% amortización anual:  $100/7=14,28571429\%$

Importe total a amortizar por año: 300 euros.

### Criterios para preparación semiautomática

Mueble: 2.100 euros

Amortización en 7 años

% amortización anual:  $100/7= 14,28571429\%$

Importe total amortización por año: 300 euros

### Criterios para preparación semiautomática con programa

Máquina y software: 3.500 euros

% amortización anual  $100/7= 14,28571429\%$

Importe total amortización por año: 500 euros

Total amortización por año:  $300+500= 800$  euros

### Presupuesto/ determinación PVP

Para manual 300 euros/nº de SPDs año

Para semiautomático 500 y 300 euros/nº SPDs año

#### Criterios:

40 hh/ semana\*60´h=2.400 minutos/semana

Tiempo medio semana SPD manual:16,93 minutos

Tiempo medio semana SPD semiautomático: 8.59 minutos

Número de unidades SPD máximo \*semana:

SPD manual:  $2.400 \text{ minutos} * \text{semana} / 16,93 \text{ minutos} = 141,802068$  unidades semana.

SPD semiautomático:  $2.400 \text{ minutos} * \text{semana} / 8,59 \text{ minutos} = 279,340446$  unidades semana.

Número de unidades SPD máximo\*año; 52 semanas/año.

SPD manual:  $141,802068 \text{ unidades semana} * 52 = 7.37371$  unidades año

SPD semiautomático:  $279.340446 \text{ unidades semana} * 52 = 14.525.70$  unidades año.

### Coste Amortización Por Unidad SPD

Manual: importe total a amortizar por año: 300 euros/7.373,71 unidades año= 0,0407 euros por SPD.

Semiautomático: total a amortizar por año: 300 y 500 euros/14.525,70 unidades año=0,0551 euros por SPD.

Cálculo Coste de Personal XXIV Convenio Colectivo Oficinas de Farmacia 2014-2016, más S.S.

Coste hora Facultativo regente =19,42; 0'324 el minuto  
Coste hora Facultativo adjunto=18.88; 0'315 el minuto  
Coste hora Técnico en Farmacia=12,37; 0'206 el minuto  
Coste SPD Preparación Manual

Preparación SPD 12.5 minutos/semana 3,52 semana; 14,08 mes, coste medio.

Intervención: 1.05; intervenciones/ mes 7.5 minutos/mes, 0,62 semana; 2,49 mes, coste farmacéutico.

Entrevistas: 60 minutos en 6 meses, 0.81 semana;3,24 mes, farmacéutico.

Coste del material: 0,59 semana, 2,34 mes.  
Amortizaciones: 0,041 semana, 0.16 mes.  
Total, Coste Bruto: 5,58 Semana; 22,31 mes

Coste SPD Preparación Semiautomática

Preparación del SPD 4.17minutos/semana, 1,17 semana; 4,70 semana coste medio.

Intervención: 1.05. Intervenciones / mes; 7.5 minutos mes; 0, 62 semana; 2'49 mes, coste farmacéutico.

Entrevistas: 60 minutos en 6 meses; 0,81 semana: 3,24 mes, coste farmacéutico.

Coste del material: 0,59 semana; 2,34 mes.  
Amortizaciones: 0,055 semana; 0,22 mes.  
Total Coste Bruto: 3,25 semana; 12,98 mes.

Coherencia entre el Objetivo Estratégico y el Sistema de Control de objetivos.

- . Control de la fiabilidad de las variables incluidas en el presupuesto.
- . Seguimiento y control del cumplimiento de objetivos.
- . Establecimiento de acciones correctoras, en su caso.

Seguidamente, se presenta la Práctica 4: Reunión del responsable del servicio con el personal de la farmacia para:

- . Control de resultados.
- . Revisión de cumplimiento de objetivos
- . Desviaciones/problemas/acciones correctoras
- . Redefinición de los objetivos, en su caso.<sup>207</sup>

El problema de cálculo del precio real en los servicios profesionales farmacéuticos es difícil de conseguir en la oficina de farmacia a no ser que contratemos a un tercero, especialista, para que nos lo realice. El Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, asumió esa misión en el año 2017 para el cálculo del precio en el servicio SPD y facilitó a las oficinas de farmacia un folleto que tituló *Gestión estratégica del Servicio de SPD; Cálculos Coste Personal Incrementado 2%*. Empezó advirtiéndonos que este folleto era como el que había facilitado en 2015, pero el coste de personar ya lo había actualizado a 2017, pues aplicaba la tabla salarial del XXV Convenio de Oficinas de Farmacia y el incremento de 2%. Nos ofrece el resultado en preparación manual, y el de preparación semiautomática

Preparación Manual. Coste SPD 2017 Preparación SPD:

12.5 minutos/semana\*0.29 euros...3,63 semana; 14,50 mes....coste medio

Intervención:

1.05 intervenciones/mes; 7.5 minutos/mes..0,67 semana; 2,67 mes. Coste farmacéutico.

Entrevistas

60 minutos en 6 meses\*0.33; 0,83 semana...3,30 mes...coste farmacéutico.

Coste del material

0,59 semana ....2,34 mes

Amortizaciones

---

<sup>207</sup> Cf. Cuadernillo en espiral con portada en plástico duro brillante. La primera hoja, en el ángulo superior izquierdo: Mas servicio Mejor salud; ángulo superior derecho: COFM. *Gestión Estratégica del servicio de SPD*. No figura fecha pero nos lo dieron a cada uno de los participantes en esas sesiones de Gestión Estratégica de un servicio de SPD. 2015. Madrid.

0,041 semana...0,16 mes  
Total, Coste Bruto, 5,75 Semana; 22,07 Mes

Preparación semiautomática. Coste SPD 2017 Preparación del SPD:

4.17 minutos /semana\*0.29 euros'....1,21 semana ....4,84 mes...coste medio.

Intervención:

1.05 intervenciones/mes; 7.5 minutos /mes...0,67semana...2,67 mes...

Coste por farmacéutico.

Entrevistas:

60 minutos en 6 meses\*0.33 euros...0,83 semana...3,30 mes...coste farmacéutico

Coste del material:

0,59 semana ...2,34 mes

Amortizaciones:

0,055 semana ...0,22

Total, Coste Bruto 3,35 Semana ...13,37 Mes

Como recomendación final nos recuerda los resultados:

3,63/ coste preparación manual  
1,21/ coste preparación semiautomática  
2,42/diferencia

500/ euros amortizados año  
206,61/ a partir de 207 SPDs por año.

Conclusión:

Es rentable comprar la máquina.<sup>208</sup>

En Madrid, agradecemos estos documentos pues, acomodándonos cada uno a nuestra situación, resultaba muy fácil terminar el cálculo. Además era oportuno, pues arrastrábamos un ambiente complicado en cuanto a tasar un SPD,

---

<sup>208</sup>Cf. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid. 2017. *Gestión estratégica del Servicio de SPD. Cálculo Coste Personal Incrementado 2%*.



En septiembre de 2016, la colaboradora de *Diariofarma*, María Granjo, ponía un artículo bajo el título de “SPD ¿a qué precio?”, venía motivado por el debate sobre el importe que debían cobrar las oficinas de farmacias por el servicio de SPD que se había vuelto a suscitar a raíz de una resolución del Servicio Andaluz de Salud (SAS) que indicaba los requisitos para la selección de farmacias que prestasen servicios a residencias. Concretamente fue ocasionado por los apartados donde se afirmaba que “en ningún caso podrá resultar adjudicataria una oficina de farmacia cuya oferta por elaboración del SPD (.....), supere la cantidad de 20 euros por paciente/mes”, y donde se fijaba una elevada puntuación a las farmacias que ofrecieran ese servicio gratis.

Estas manifestaciones de la Administración, llevaron a la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria a presentar un recurso contra el Servicio Andaluz de Salud (SAS), por considerar que dichas condiciones “atentan contra la dignidad del farmacéutico comunitario y vulneran su derecho al libre ejercicio de la profesión y la libertad de empresa de la farmacia”.

Alude las palabras de Jesús Aguilar, Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, manifestando que lo que se remuneraba conllevaba asociados unos costes materiales, de personal, de formación, de tiempo y de preparación que requerían de una retribución adecuada.

Indicaba que había Comunidades Autónomas en las que este servicio tenía remuneración y cita que, en el País Vasco desde el año 2009 sucedía así, además en palabras de Juan del Arco, miembro del Grupo de SPD del Colegio de Vizcaya, de las 432 farmacias de estas provincias, 338 estaban acreditadas para prestar ese servicio financiado, que ofrecían a casi 500 pacientes. El servicio era remunerado con 31,16 euros paciente / mes, pero Del Arco afirmó que según los cálculos realizados, para hacer rentable el servicio debería cobrarse un importe mínimo de 35 euros, indicando que esa cantidad no tenía por qué ser extrapolable a todo el territorio.<sup>209</sup>

Realmente el gran problema que presenta el cobro del servicio de SPD a personas que realmente no pueden pagarlo y que tú sabes lo auténtico de esa situación tiene dos soluciones: no cobrarlo o conseguir de la Administración o de los Colegios Profesionales que arbitren una solución.

---

<sup>209</sup> Cf, <https://www.diariofarma.com>andalucia/2016/09/14/spd-a-que-precio>

Buscando artículos que nos diesen soluciones para facilitar la situación en estos pacientes, generalmente mayores, polimedicados, de escaso o nulo poder adquisitivo, en cuanto al cumplimiento de su tratamiento farmacoterapéutico, encontramos, en la revista *El Global* de julio de 2017, una información titulada “La farmacia balear fomentará los SPD sociales”.

Su contenido nos informa de que el Colegio Oficial de Farmacéuticos de las Islas Baleares, a través de la Fundación de Ciencias Farmacéuticas, y la Obra Social La Caixa, habían firmado un acuerdo para impulsar un Proyecto de Fomento del uso de sistemas personalizados de dosificación (SPD) en pacientes dependientes. El Proyecto contó con una financiación de 35.000 euros, que destinaron a sufragar, total o parcialmente, el coste de la preparación de SPD en las farmacias a pacientes con especial necesidad y/o vulnerabilidades sanitarias, económicas, sociales, etc.

En este Convenio, indicaban, era similar al que ya existía en Guadalajara, fruto del Acuerdo entre la Obra Social La Caixa y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Guadalajara, por el cual cerca de medio centenar de pacientes recibían una ayuda de 5 euros por cada SPD.<sup>210</sup>

Otra inquietud que levantaban los SPDs era su implantación. Con este tema, la SEFAC publica un trabajo realizado por Eduardo Satué de Velasco y Fernando Baixauli Fernández, titulado “Estudio en un grupo de expertos sobre implantación de SPD en la farmacia Comunitaria Española”.

El objetivo del trabajo era determinar el grado de implantación de SPD de SPD (SPR) en las farmacias comunitarias con perfil asistencial.

La metodología consistió en una encuesta realizada a un grupo de farmacéuticos comunitarios de toda España que participaban en la reunión de expertos de SEFAC celebrada en Abarán (Murcia) en noviembre de 2017. La encuesta constaba de 10 preguntas con múltiples opciones. En ocasiones podía marcarse más de una. Fue contestada por un total de 53 farmacéuticos comunitarios de perfil asistencial.

. Sexo

Predominantemente femenino se prestó a la encuesta. Con un perfil claramente joven ya que no superaban los 20 años de ejercicio.

. ¿Has Realizado alguna Formación en SPD?

---

<sup>210</sup> *El Global*. Especial XVI Edición Premios Fundamed y Wecare. 9 de julio de 2017. Año XVIII, Nº 797

Una amplia mayoría, habían recibido formación para la realización de SPD.

. ¿Realizas SPD en la Farmacia?

Indican que este dato correlaciona con la implantación del SPD, ya que solo una cuarta parte no lo desarrolla la farmacia donde trabajan.

. ¿Cuántos Pacientes se benefician de los SPD en tu Farmacia de media al Año?

Examinando el número de pacientes por farmacia, esto no era destacable, llegando, a penas, a la cuarta parte de las farmacias con más de 10 pacientes. Además un 25% de encuestados no contestan o no saben el número de pacientes para los que se realiza SPDs.

. ¿Cuánto cobra por Realizar el Servicio?

Un 12% no cobra el servicio. Los que cobran es de 4-5 euros por semana, con lo cual la mayoría no cubrían costes.

. Motivación de los Pacientes para Recibir este Servicio

Fundamentalmente problemas de memoria, visión y organización.

. ¿Cuáles son las necesidades de las Farmacias que no trabajan SPDs, para implantarlos?

Principalmente las orientadas a la formación.

Conclusiones:

Explica que partían de la premisa de que ese estudio se había realizado con farmacéuticos motivados, de edad entre jóvenes y mediana edad con un alto deseo de desarrollar SPDs.

Casi todos habían recibido formación en SPD en algún momento, pero seguían demandando mayor formación para implantarlo adecuadamente, lo que nos debe hacer pensar en planes de formación continuada para SPD y talleres, más prácticos, encaminados a la resolución de dudas del día a día.

Finalmente apuntan, era preciso contemplar la evolución del SPD en un contexto de dificultades para la farmacia comunitaria. El empobrecimiento de la misma, la pérdida de sectores estratégicos como los centros sociosanitarios, los medicamentos innovadores, la falta de apoyo

administrativo para implantar programas de mejora de la adherencia a los medicamentos, son graves escollos difíciles de superar.

El SPD es uno de los servicios más necesarios para los pacientes. El número de pacientes por farmacia es escaso y eso plantea el problema de que el número total de pacientes que se beneficia del SPD es muy inferior a las necesidades de la población.

La mayoría de los farmacéuticos subvenciona los SPD de sus pacientes. Consideran que este dato impide la expansión de este servicio profesional farmacéutico.

Sin embargo, creen, que el envejecimiento y la cronicidad de la población aumentará la necesidad de programas que mejoren la adherencia a la medicación y allí el SPD jugará un papel destacado.<sup>211</sup>

Ya hemos visto como el SPD se convierte, poco a poco, en la herramienta esencial para la clínica, ante otro problema, el tratamiento de las enfermedades crónicas

Durante el Congreso de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) celebrado en Alicante los días 24-26 de mayo 2018, en el Simposio “Los trastornos del estado de ánimo y su abordaje desde la oficina de farmacia”, diversos expertos nacionales e internacionales ofrecieron opiniones para mejorar en este sentido; entre ellos, según nos cuenta Joanna Guillén Valero en un artículo publicado en *Correo Farmacéutico*, titulado “Saber que piensa el paciente, ayuda en la adherencia” narra que en el Congreso, Rob Horne, de la Escuela de Farmacia de la University College London (Reino Unido), explicó la importancia que tiene hablar con el paciente y conocer sus creencias, sus necesidades y el daño que consideran que va a provocarles el medicamento, en su opinión hay que ver al paciente como un todo (árabes en Ramadán).<sup>212</sup>

---

<sup>211</sup> Satue de Velasco, Eduardo; Bauxaulí Fernández, V.J. 2017. “ Estudio en un grupo de expertos sobre implantación de spd en la farmacia comunitaria española”. En *Farmacéuticos Comunitarios*. 10 (suplemento 1) : 348

Cf. <https://www.farmaceticoscomunitarios.org/es/journal-article/estudio-grupo-expertos-spd-sobre-implantacion-spd-farmacia-comunitari-espanola>

<sup>212</sup> Guillen Valera, J.2018. “Saber que piensa el paciente ayuda en la adhrencia”. *Correo Farmaceutico*, 28 de mayo de 2018.

La oficina de farmacia, que fuese a desarrollar SPD, en 2012 se encontró ante una excelente propuesta. Los Laboratorios Mylan, siempre muy comprometidos con la salud de la población, que lleva años ayudando y colaborando con los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, ofreció a todos los Colegios, para hacerlo llegar a las farmacias, su proyecto MyFarmaPRO para solucionar la gestión interna de la propia farmacia; cuenta con un programa de formación y capacitación de los farmacéuticos en la puesta en marcha del Servicio Personalizado de Dosificación (SPD) tanto de factura manual, o automáticamente.

Este proyecto MySPD PRO se mantiene en el tiempo actualizando propuestas, en la página de Mylan, actualmente (2018), comunican los servicios que ofrece e indica que MyFarma PRO engloba diversas soluciones (para toda España), no solamente en la atención al paciente, también para la gestión interna de la farmacia parcelando en áreas MyGestion PRO, MySPD PRO. Con el Proyecto CONECTA, impulsa la promoción del equipo entre médicos de Atención Primaria y los farmacéuticos de oficina de farmacia.<sup>213</sup>

Los SPD no solo estarán asentados en las oficinas de farmacia, *El Global* de septiembre de 2019, nos informa que la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y la fundación Mylan para la Salud, habían firmado un compromiso de colaboración con el objetivo de apostar de forma decidida a mejorar la gestión de la adherencia, sobre todo en pacientes crónicos y polimedicados, a través de herramientas como la monitorización telemática y el sistema personalizado de dosificación (SPD).<sup>214</sup>

A vueltas con el precio de los SPDs, en el *Correo Farmacéutico*, abril de 2018, un artículo de Almudena Egea, presidenta de la delegación en Murcia de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE) indicaba, la firma en marzo de 2017 de un convenio entre el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia y el Servicio Murciano de Salud, para la formación, certificación y la extensión del SPD en las farmacias, un servicio de carácter voluntario.

Al hablar de los servicios que estaban ofreciendo indica los excelentes resultados que estaban obteniendo con la detección de cáncer de colon.

---

<sup>213</sup>Cf. En *(im)farmacéuticos* nº78, septiembre 2017, pags. 102-103

Cf. Internet <https://www.mylan.es/es/es/acerca-de-mylan.españa>

<sup>214</sup>Cf. En *El Global*, septiembre 2019, Suplemento de Gestión Farmacéutica, Año VI, Nº 76, pág. 13.

Refiriéndose al servicio de SPD, indica que, al ser un servicio de carácter voluntario, se le consideraba importante pero no era extensible ya que era esencial para algunos pacientes y algunas patologías, pero no en todas.

Alaba el convenio, pero piensa nació con un error: no fijar un precio para el servicio. Al no poner precio la Administración, los Colegios legalmente no podían hacerlo y se estaba dando el caso de farmacias que no cobraban, corrían ellas con todo el cargo, y las que cobraban se hacían competencia entre ellas.<sup>215</sup>

En una interesante entrevista hecha, por *Aula de la Farmacia*, a Guillermo Bagaria, responsable de Atención Farmacéutica del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona (COFB) y publicada bajo el título “Los farmacéuticos tenemos que demostrar con resultados lo que somos capaces de hacer”; al hablar de SPD indica se trata de un servicio de interés sanitario, que prestan las farmacias de Cataluña, de forma protocolizada, en base a una guía propuesta por el Consejo de Colegios de Farmacéuticos de Cataluña, pero no está concertado ni retribuido.

Para que una farmacia esté acreditada para ofrecer este servicio hay requisitos como la formación, la superación de una evaluación y la firma de un compromiso de adhesión a este protocolo de actuación. Además hay un Cuerpo de Inspectores Sanitarios del COFB que, de manera bianual, visita las farmacias para valorar que el servicio se presta según lo establecido.

Al responder a la pregunta de si el SPD tenía algún precio asignado responde que desde el Colegio no podían establecer un criterio económico a la hora de ofrecer los servicios porque la ley se lo impide, pero sí hacían una valoración de costes, con estudios que publican y son accesibles por parte de cualquier colegiado.

La valoración de los costes de SPD, que incluye el tiempo de elaboración, el material fungible utilizado, las entrevistas con el paciente, manifiesta es una clara indicación que la prestación de este servicio tiene un coste , y que en ese momento las farmacias habían decidido cobrar unos 20 euros al mes.

---

<sup>215</sup> Egea, Almudena. 2018. *Correo Farmacéutico*. 09, Abril, 2018

Cf. On line <https://www.correofarmaceutico.com/comunidades-autonomas/almudena-egaea-fefe-ral-no-pactarse-un-precio-el-spd-se-ha-quedado-a-mediasss.html>.



La propia definición de SPF se refiere a que deben ser sostenibles, y solo pueden serlo si cubren los costes. Por tanto, abogaba por que los servicios sean retribuidos, como mínimo, en la medida del coste que supone.

Sobre la opinión de que la legislación ponga límites a la hora de publicitarlos, responde que eso varía en función de cada Comunidad Autónoma; en Cataluña los pueden promover porque lo entienden como algo positivo, con un impacto favorable sobre la población y que tiene como objeto mejorar la calidad de vida y la seguridad de los medicamentos, no puede ser promocionado.<sup>216</sup>

Indiscutiblemente el servicio de SPD tiene como intención principal facilitar al paciente el consumo de su medicación y, en el mejor de los casos, conseguir su adherencia.

En junio de 2018 encontramos una información que basándose en la afirmación de que el incumplimiento es uno de los principales motivos de la no retirada de e-recetas disponibles, unido a la percepción negativa sobre la medicación y el olvido, condujo a buscar los elementos fundamentales según un estudio del Grupo Berbés de Investigación y Docencia.

Conozcamos, un poco, su historia. Este Grupo surge cuando en el año 1997 el Colegio de Farmacéuticos de Pontevedra inició la difusión de la Atención Farmacéutica entre los colegiados, impulsando la formación de grupos de trabajo y las actividades formativas.

El año 2000 comenzó a trabajar el Grupo Vigo 1, presentando su primera comunicación en el “I Simposio de resultados del Programa Dáder”, celebrado en Gandía en el año 2001, obteniendo el Premio (compartido) a la mejor comunicación.

En 2003 pasó a denominarse Grupo Berbés de Investigación y Docencia. Vigo. España, e iniciaron la orientación de sus actividades implantando en sus propias farmacias una Atención Farmacéutica personalizada con la finalidad de comprobar que la Atención Farmacéutica mejora la salud de los pacientes que la reciben.

Basándose en la circunstancia de la no retirada de la e-receta, Alexandre Piñeiro, y sus directores del Trabajo Doctoral, realizaron un estudio, que

---

<sup>216</sup> Bagaria, Guillermo. 2018. “Los farmacéuticos tenemos que demostrar con resultados lo que somos capaces de hacer”. Entrevista. En *Aula de la Farmacia*, Vol. 14, Nº 127. Pag.40-42, 2018.



formó parte de su trabajo de grado, basado en la casuística de los pacientes que se habían integrado en el Colectivo de Pacientes Incluidos en el sistema de e-receta pero, no iban a la oficina de farmacia a retirar los medicamentos en su momento; una primera opinión era: se debería a una percepción negativa que tuviera el paciente sobre la medicación, también el olvido...

El Grupo de Investigación que la realizaba, declaran “quisimos comprobar si la no retirada podría ser un indicador de la falta de adherencia y utilizarlo para trabajar a esos pacientes”, además pretendían cuantificar y buscar otros factores relacionados.

Se realizó un estudio observacional transversal, en una farmacia comunitaria, entre noviembre y diciembre de 2017 recogiendo datos de 501 pacientes.

De 1.341 e-recetas disponibles no retiraron 397 (29,6%), sin hallarse relación entre la retirada o no y el sexo, pero sí un rechazo, significativamente mayor, por parte de los pensionistas que de los activos (54,4 vs 38,1 por ciento).

Según Piñeiro: “aunque no hay muchos estudios similares, los resultados se aproximan a los esperados”, el hecho de que los pensionistas rechacen más los medicamentos “lo interpretamos en el sentido de que los activos reciben percepciones en mayor proporción para tratamientos agudos teniendo una percepción de mayor importancia, como infecciones o lesiones leves, que comprometen su actividad laboral, mientras que en los pensionistas suelen ser tratamientos crónicos, cuya transcendencia puede no ser percibida adecuadamente”.

El importe del copago podía ser también una causa, aunque ningún paciente lo reconoció como motivo de no retirada.

En patologías, los grupos con más porcentaje de no retirada fueron: los genitourinarios (50%); musculoesquelético (43,5%); respiratorio (42,0%); nervioso (36,5%); tracto alimentario y metabolismo (32,2%)”. De los subgrupos fueron NO2-analgésicos 52,6%; RO3-agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias 46,3%, y MO1 antiinflamatorios y antirreumático 44,3%.

Piñeiro apuntaba que “estos datos coinciden en parte con los encontrados en otros estudios y, por las características de los problemas de salud para los que están en el estudio y las posologías indicadas no nos sorprendió”. Los subgrupos con mayor porcentaje de e-recetas retiradas fueron CO9 (agentes que actúan en el sistema renina-angiotensina), A10 (diabetes) y N06 (psicoanalépticos) con una tasa de rechazo menor del 25 por ciento. “Estos medicamentos están destinados a patologías que se perciben como importantes y que pueden poner en grave riesgo la salud”.

Los motivos fueron: posología variable (28,8 %); incumplimiento (26,4%); sospecha de incumplimiento (13,5%); incidencia en la prescripción (10,6%); falta en la farmacia (12,0%); y otros (8,7%). “Nos sorprendió algo el alto porcentaje de casos de posología variable. Se trata de medicamentos pautados a demanda como pautas de iniciación o retirada de antidepresivos o corticoides, analgésicos (paracetamol, ibuprofeno...) o broncodilatadores (Ventolin, Terbasmin...) que el paciente utilizará solo cuando los necesita, o de tratamientos anticoagulantes cuya dosis aumenta o disminuye en función de los resultados analíticos. (Sintron), reconoce”.

Los medicamentos que corresponden a estos motivos de no retirada coinciden con los grupos y subgrupos terapéuticos donde mayor porcentaje de no retirada se registra, pero también es importante el total de incumplimiento y sospecha de incumplimiento que suma un 40%, algo menor del encontrado en la segunda fase del estudio.

Llama la atención, también, que en más del 10 por ciento de los casos el motivo de no retirada se debe a lo que se denomina “incidencias en la prescripción” tales como cambio de medicamento o de posología sin modificación de la e-receta, prescripción de una forma farmacéutica que no coincide con la esperada por el paciente, activación de un número de recetas superior al necesario.

Al final del estudio manifestaba: “Nosotros, particularmente, encontramos muy interesantes estos datos en los que deberemos insistir y actuar no solo desde la oficina de farmacia sino en colaboración con los facultativos

médicos. Cada dato pide un estudio de atención farmacéutica con protocolo y pauta”.<sup>217</sup>

Si ofrecemos aquí, el contenido del estudio anterior, es porque consideramos lo instructivo que es saber lo que puedes encontrar ante una no retirada de una e-receta, ya que la información va desde una reacción personal, a casuísticas de problemas clínicos, una clara desadherencia a un tratamiento farmacoterapéutico, conocer su incidencia, y despertar en nosotros el interés de conocer cada uno de los casos que tengamos en nuestra oficina de farmacia.

Los autores, demandan, para cada dato que aflora en su investigación “un estudio de atención farmacéutica con protocolo y pauta”, y lo dejan caer como sugerencia; en esto, como en casi todo, el primer estudio a realizar, sería el económico.

Tras una exposición, a lo largo de mi trabajo, de las noticias y opiniones que nos ofrecían los periódicos y revistas profesionales, tras una selección personal de las que consideramos de interés; no queremos terminar sin reflejar lo que va a ser nuestra última referencia a la oficina de farmacia en el momento actual, y nos basamos en la información obtenida en una sola fuente, la publicación *El Global*, pues sólo con eso lo consideramos suficiente para pisar suelo y no nubes; no queremos interpretar nada por eso, para no tergiversar contenidos transcribiremos muchos.

El día 8 de septiembre de 2019, la revista *El Global* venía cargada de noticias desilusionantes por realistas.

La portada ofrece la fotografía de una rueda de prensa del Gobierno en funciones (presidente y ministros) en un local en el que había un cartel con la leyenda “Por un Gobierno progresista”, el contenido que iba a ofrecer lo titulaba la revista “La farmacia se queda fuera de la foto sanitaria de Sánchez. El presidente, y la Ministra de Sanidad reúnen al “colectivo sanitario” para marcar las prioridades”.

---

<sup>217</sup> Piñeiro Abad, Alejandro; Mesa-Gallego, Rocio; et alts. “Análisis del rechazo de la dispensación en receta electrónica y la relación con el incumplimiento”. En *Pharmaceutical Care España* Vol. 20. Nº 4: pgs.247-265. 2018

Cf. On line [Pharmacaresp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/hh1](http://Pharmacaresp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/hh1)

En el resumen que en la página dos, el Presidente Editor de *El Global* (Sr. Quiroga) como lema general ofrecía “Claves Globales” lo componen cuatro columnas, una de ellas titulada “Política sanitaria. Asuntos de la Farmacia que deberían ser una prioridad nacional” acompañado de una fotografía del presidente Sánchez rodeado de un numeroso grupo de personas, que llevaba como pie: “Los encuentros que Pedro Sánchez está celebrando con distintos colectivos y entidades han tenido su versión sanitaria. Sin embargo, la farmacia sigue ausente de las estrategias sanitarias”.

Nuevamente, Quiroga, en la página cuatro, que titula “Aguilar no consigue introducir a la Farmacia en la Agenda sanitaria nacional” nos ofrece su opinión tremendamente desalentadora:

Inicia su artículo: “El reciente encuentro del presidente en funciones, Pedro Sánchez, con las organizaciones sanitarias y de consumo no puede ser más desalentador para la farmacia. Un total de 74.000 farmacéuticos y farmacéuticas son ignorados porque no existen en la Agenda de asuntos que se consideran relevantes para la sanidad. El presidente del CGCOF, Jesús Aguilar, interlocutor oficial con el Ministerio de Sanidad, no consigue incorporar nada entre las prioridades políticas de cara a una nueva legislatura, ante un posible acuerdo de investidura o ante nuevas elecciones.”. “El cometido de conseguir que la oficina de farmacia esté en la agenda se diluye cada vez más, y va camino de los cinco años más inconsistentes y anodinos de la profesión a nivel nacional, sólo defendida desde los Colegios en la gestión de sus respectivas Comunidades Autónomas”.

“El liderazgo nacional está perdido. Atrás quedan los tiempos de Pedro Capilla (e.p.d.) y de Menchu Peña, más recientemente. Presidencias que situaron a la farmacia en la foto, pactos incluidos y estilos muy distintos, sin duda, pero la farmacia estaba en la primera línea política. Lo poco bueno que ahora se recoge son los restos de la inercia de esos tiempos y de la parte más mediática, con su Bot-Plus, campañas estacionales diversas, formación y sensibilización de las patologías.”

“No lo olvidemos, la Farmacia está al borde de perder el poco peso que le quedaba a nivel nacional, si no lo ha perdido ya, porque faltan ideas y capacidad de llevarlas a cabo”.

“¿Hasta cuándo más de 10 millones de euros anuales de presupuesto del Consejo, que vienen del bolsillo de los farmacéuticos van a servir para tan poco?”, y deja en el aire otra pregunta “¿A quién reclaman los farmacéuticos y farmacéuticas cuando la cruda realidad les golpea cada día?”.

“¿Qué ha hecho Jesús Aguilar por facilitar la Ley de Farmacia de Madrid, rechazada en la anterior legislatura?”

Para terminar, afirmando: “Un total de 74.000 farmacéuticos, hombres y mujeres, no se merecen que su profesión se hunda en el ostracismo, ni la oficina de farmacia siga avanzando hacia la ruina”.<sup>218</sup>

En ese mismo número de *El Global*, Alberto Cornejo y Marta Riesgo bajo el título “La farmacia se queda fuera de la foto sanitaria de Sánchez y Carcedo. La Farmacia ha vuelto a quedarse fuera de la foto política”. Se refieren a la noticia que ya hemos comentado sobre la reunión del presidente Sánchez y la Ministra de Sanidad, Carcedo, de toma de contacto con distintos colectivos de cara a la “elaboración de un programa común progresista”.

Nos indican que ya unos meses antes, el Ministerio de Sanidad había puesto en marcha un Plan para la Reforma de la Atención Primaria en la que la Farmacia no estaba invitada, pero, a petición de la Sociedad Médica, Semergen, se accedió a incluir en ellas a la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (Sefac).

En su relato nos incluyen la opinión de Jesús Gómez, presidente de Sefac “buscar una foto es muy sencillo; pero debemos insistir en que ninguna estrategia u hoja de ruta que deje fuera a todo un colectivo sanitario como son los farmacéuticos nunca llegará a buen puerto”, “ser foto eficiente no implica conseguir una Sanidad eficiente”.<sup>219</sup>

Nuestra opinión. Recordando a Gustavo Adolfo Becquer y, como exclamación ¡¡¡ Dios mío, que tristes, que solos se quedan los farmacéuticos de oficina de farmacia!!!!!!.

---

<sup>218</sup> De Quiroga, Santiago. 2019. “Aguilar no consigue introducir a la Farmacia en la agenda sanitaria nacional” En, *El Global*, 2-8 septiembre de 2019, año XX, Nº 894, pág. 4

<sup>219</sup> Cornejo, A. ; Riesgo, M. 2019. “ La farmacia se queda fuera de la foto sanitaria de Sanchez y Carcedo. La farmacia ha vuelto a quedarse fuera de la foto política”. *El Global*, Suplemento de Gestión Farmacéutica, septiembre 2019. Año VI, Nº 76, pág. 13

#### **8. 4. BREVE REFERENCIA A LAS SIGLAS SPD.**

Tras las lecturas realizadas para componer el contenido de este trabajo sobre el servicio farmacéutico de SPD, me di cuenta de que una buena parte de las denominaciones que se han hecho en este campo para definir sus actuaciones se habían realizado con poca imaginación.

Al poner las siglas había ocurrido lo mismo, al menos al indicar servicios que evitasen al paciente su confusión en la toma de los medicamentos. En este trabajo hemos recogido un sin fin de dispositivos y sistemas para acomodar las dosis e infinitas denominaciones y no encuentro, al menos yo, una explicación lógica para concluir es esta denominación SPD; en mi tremenda ignorancia, pensé era como las siglas del partido social demócrata de Ángela Merkel, y hubiera preferido que SPD fuese únicamente Servicio Personalizado de Dosificación.

Cuando decidí iniciar una investigación, por curiosidad, sobre cuantas situaciones, cuestiones, proyectos se pudieran identificar con SPD, de la bibliografía encontrada elegí, aleatoriamente, la publicación de Gonzalo Gómez Hoyo fechada en 2015 y bajo el título de *Repertorio de Siglas y Acrónimos*.

Con una simple hojeada observé la cantidad de significados que abarca SPD, y pensé que en un mundo globalizado, como es la situación actual, es muy fácil localizar datos de cualquier lugar y evitar repetirlos.

Como curiosidad expondré algunos:

En esta selección, decidí empezar por dos, uno de los más antiguos y otro de los más recientes que, a nuestro juicio son curiosos por su contenido, fecha y ubicación.

- 1). 1994, Colombia, Ley Marco de los SPD, Ley 142/1994. Los SPD colombianos son Servicios Públicos Domiciliarios. En opinión de Gómez Hoyo, son una estrategia socio-económica con tarjetas de cobro estratégicas, reguladas por esa norma.
- 2). En el año 2017, se celebraron los 25 años de la marca SHIMANO especializada en innovar, para los ciclistas, el binomio zapatilla-pedal; con ese motivo, la marca hizo el lanzamiento de un sistema que

denominó “Shimano Pedaling Dynamis”, conocido en ese ambiente SPD, en esta presentación la marca hizo un recordatorio indicando que todo había empezado en 1990, año en que Shimano presentó un modelo de pedal junto con las zapatilla óptimas, momento (según expresaban) que quedó grabado para siempre en la historia de mountambiken.<sup>220</sup>

En España hemos seleccionado tres:

-De la salud SPD, registrado en la Generalidad de Cataluña. Departamento de Salud. Representa Servicio Personalizado de Dosificación.

-En el Campo docente: SPD. En España existe un Sistema Nacional de Registro del Servicio de Personal Docente, expresado con las siglas SPD.

-Los aficionados a la filatelia española conocen con estas siglas SPD a los denominados Sobres de Primer Día. Son sobres con sellos cancelados con un matasellos especial del primer día de circulación oficial de una emisión.

En el sobre se adhieren el sello/s que constituyen la emisión en cada año estampando el matasellos que indica para ese año, en Sobre de Primer Día, Correos vende estos sobres cada año y los de los dos años anteriores, y recomiendan que para tener la colección se pueden abonar.

-También encontramos Serial Presence Detect, terminología de Memoria Ram.

Con SPD se encuentran un número de patentes, entre ellas 14 corresponden a Estados Unidos; 7 Alemania (una de Merck); Japón 7, etc.

-En el mundo de las invenciones relacionadas con perfil electrónico a nivel internacional, en el apartado de tintas encontramos un conjunto que se titula “sustrato o componentes orgánicos macromoleculares” está un “Estimulante para la formación de una película para un Dispositivo de Partículas en Suspensión (SPD), con métodos para mejorar la estabilidad de dichos emulsionantes”.

-Probabilidades de Incumplimiento Condicionado, Probability of default. (SPD).

Esta obra que hemos consultado, también nos ofrece las definiciones de “Registro de marca”, “marca de servicios”, “marca de certificación”.<sup>221</sup>

---

<sup>220</sup> Cf. On line [www.todomountainbike.net](http://www.todomountainbike.net)>25-aniversario-sistema-Shimano-SPD.

<sup>221</sup> Gómez Hoyo, Gonzalo. 2015. *Repertorio de Siglas y Acrónimos*. Instituto Econospésides. 2015.



## *9. FIGURAS DE FARMACÉUTICOS EXTERNOS Y OFICINA DE FARMACIA.*

## **9. FIGURAS DE FARMACÉUTICOS EXTERNOS Y OFICINA DE FARMACIA**

9.1 Red de Farmacéuticos Independientes (Alphega Farmacia).

9.2 Farmacéuticos Colaboradores. FoCo

Abordamos esta información, pues consideramos debe despertar en nosotros un interés total y, tal vez, la necesidad de actuar.

### **9.1. RED DE FARMACÉUTICOS INDEPENDIENTES. ALPHEGA FARMACIA.**

El diez de marzo de 2018 la publicación “*diariofarma*”, daba la noticia y nos animaba “comparte esta noticia”, a través de la cual conocimos que la Asociación de Profesionales de la Farmacia (ASPROFA) había iniciado un estudio por el que pretendía conocer la implantación que tenían los Servicios Personalizados de Dosificación (SPD) en las farmacias comunitarias españolas.

Esta Asociación se presenta como “una asociación que representa a “Todos” sic., los profesionales de la farmacia, desde Técnicos y Auxiliares, hasta farmacéuticos “comunitarios de Hospitales o industria”. “Incluso empresas o laboratorios.”

La revista incluye este estudio en su apartado de Atención Farmacéutica y ASPROFA nos indica que cuenta con el apoyo del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

La iniciativa, liderada por el presidente de la asociación, Baltasar Pons, se estaba desarrollando a través de encuestas mediante un formulario electrónico y esperaban alcanzar la mayor muestra posible con el objeto de realizar una radiografía sobre la situación actual (2018) de los SPDs en las oficinas de farmacia.

Por este motivo cursaba un llamamiento a los farmacéuticos que estaban desarrollando este servicio, en sus farmacias, para que cumplimentaran un formulario que presentaba 17 cuestiones.

En el caso de que los resultados fuesen relevantes, preveían proceder a presentarlo en el Congreso de la Federación Internacional de Farmacéuticos (FIP) que se celebraría en Glasgow “el próximo septiembre de 2018”.

El estudio/encuesta, de la implantación del servicio de SPD en la farmacia comunitaria en España abordaba preguntas de distintos aspectos de su realización. Empezaba por el número de pacientes que estaban incluidos en el servicio y la fecha desde que la farmacia los realizaba; intentaba profundizar con el sistema empleado (manual, semiautomático o automatizado); la edad media de los pacientes, su nivel de estudios, así como si se trataba de pacientes particulares, de residencias, o de centros sociosanitarios.

Además, el estudio buscaba analizar si se seguía algún tipo de protocolo y cual era, así como si se cobraba la realización del mismo.

También, trataba de profundizar en el origen del inicio de la realización del SPD, es decir, si se había ofrecido directamente la farmacia o había sido solicitado por el paciente, o por algún familiar o por alguna estructura sociosanitaria, En este último caso también preguntaban a los participantes por la existencia de alguna coordinación multidisciplinar en relación a los SPD.

En al aspecto de evaluación de resultados, preguntan por las causas de las bajas de los servicios, así como por el nivel de satisfacción de los pacientes y la posible mejoría de las patologías gracias a la adherencia adicional que otorga el SPD. A este respecto, se preguntaban si se habían visto reducidas las visitas al médico.

El estudio también preveía estratificar, en función del tipo de farmacia que se tratase, tanto en relación con la ubicación geográfica (rural, semiurbana, urbana o costa) así como en función del horario de apertura de la farmacia (menos de 12 horas; entre 12 y 24; y 24 horas). <sup>222</sup>

Conozcamos un poco el origen de esta asociación, todos los nombres con que se ha presentado a través del tiempo y sus intereses.

El interés por introducirse en Atención Farmacéutica, se manifiesta claramente cuando en la publicación *El Global* en su número 320 correspondiendo a diciembre de 2006 una colaboración ofrecida por Rafaela Ramírez presidenta de Atepharma, titulada “La Farmacia Sociosanitaria, un nuevo escenario profesional”; indicaba que el cambio de los servicios farmacéuticos en los centros sociosanitarios pasaba, probablemente, por abrir las puertas a la Atención Farmacéutica hacia donde recuperaba sentido el rol social de un farmacéutico; allí donde (en su opinión) se gestionaban los medicamentos, cerca de los médicos, de los enfermos, en los colectivos sociales, ofreciendo nuevos servicios como la Atención Farmacéutica Domiciliaria (AFD) indicando que ésta iba en consonancia con el Documento Marco del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

Aducía que en ese momento (2006) los servicios farmacéuticos en centros sociosanitarios estaban experimentando grandes cambios. Exponía que, hasta entonces, se había limitado –mayoritariamente- al mero suministro desde la oficina de farmacia sin que el farmacéutico hubiese intervenido en el resto del procedimiento. Opinaba que esto suponía una carencia importante porque eran personas dependientes, con pluripatologías y consumidores de un número de medicamentos considerable.

Explicaba que desde 1999, los farmacéuticos de Atepharma (Red de Atención Farmacéutica Geriátrica) se habían incorporado al organigrama

---

<sup>222</sup> “Estudio sobre la implantación del servicio de SPD en la Farmacia Comunitaria de España”. ASPROFA. *Diariofarma*, 10-marzo-2018.

Cf. <https://www.diariofarma.com/2018/03/10/asprofa-elabora-estudiar-la-implantacion-de-spod-las-farmacias>

de centros sociosanitarios ofreciendo atención farmacéutica a los pacientes institucionalizados y habían comprobado como mejoraba la calidad asistencial en estos centros con la figura de un farmacéutico.

Comentaba que la Leyes de Ordenación Farmacéutica de las Autonomías exigían estos servicios pidiendo se realizasen a través de servicios de farmacia, depósitos de medicamentos, botiquines etc., y para ello se precisaba una formación y unos procedimientos de trabajo que permitieran una correcta atención farmacéutica.

Desde Atepharma (red de farmacéuticos autónomos) indica se venían ofreciéndose a las farmacias dispensadoras como un servicio externo, “de esta manera el titular no tiene por qué preocuparse de contrataciones, bajas, vacaciones etc., y siempre dispone de farmacéuticos con una preparación en Atención Farmacéutica Gerontológica Social”. “Así mismo nos responsabilizamos de los depósitos de medicamentos y de los botiquines y la farmacia se preocupa de la dispensación y del suministro de productos sanitarios”.

“La metodología de trabajo tras la integración del farmacéutico en el organigrama del centro sociosanitario comporta varios niveles: desde el aprovisionamiento desde la oficina de farmacia y la gestión del medicamento, pasando por el procedimiento de órdenes médicas y gestión de la farmacoterapia, estableciendo protocolos, cribado de pacientes según los criterios de Beers para medicación potencialmente no adecuada; ofreciendo más servicio y de más calidad,”

“Ofreciendo nuevos servicios como la Atención Farmacéutica Domiciliaria (AFD), según presentó el día tres de octubre de 2006 el CGCOF en su Documento Marco. Atepharma ya se ha incorporado en Centros de Día y ofrece este servicio también a las empresas de ayuda a domicilio”, indicaba que el Sistema Nacional de Dependencia abría un nuevo escenario para esta farmacia sociosanitaria y para los farmacéuticos, con el Servicio de Ayuda Domiciliaria (SAD).<sup>223</sup>

Entre los trabajos presentados en el XLVIII Congreso de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, encontramos un trabajo titulado “Implantación de un Servicio de Farmacia en la Casa de Misericordia de Pamplona”; realizado por Rafaela Ramírez Ponferrada, y cuatro colaboradores más, Atepharma, Logroño, Casa de Misericordia, Pamplona”.

Transcribimos literalmente:

---

<sup>223</sup> Ramírez Ponferrada, Rafaela. 2006. “ La farmacia sociosanitaria, un nuevo escenario profesional”. En El Global, sección de Opinión. Año VII, Nº 320, 11- 17 de diciembre de 2006. Pag.5

“Objetivo: implantación del Servicio de Farmacia por farmacéuticos autónomos de Atepharma.

Material y métodos: se realizó un diagnóstico de la situación inicial del centro para determinar los recursos humanos y materiales. Se utilizaron un Manual de Procedimientos y unos Protocolos para conseguir el cambio de una dispensación a través de una farmacia a un Servicio de Farmacia, formado por farmacéuticas y auxiliares de farmacia. Al año se volvió a realizar la evaluación.

Resultados: unificación de la medicación existente en un único lugar, implantando un sistema de control de caducidades. Preparación de los Sistemas Personalizados de Dosificación. Información de las historias farmacoterapéuticas. Elaboración de una Guía Farmacoterapéutica, consensuada con los médicos y adaptación de los tratamientos a ésta. Comienzo de compra directa, con la autorización por parte de la administración de este Servicio de Farmacia.

Conclusiones: Una evaluación inicial y otra al año, demostraron la mejora en la calidad del servicio farmacéutico. El apoyo de la Dirección, del equipo médico, enfermería, auxiliares y demás personas del centro ha sido imprescindible.

Se ha conseguido:

- 1) Informatizar las historias farmacoterapéuticas;
- 2) Preparar semanalmente los SPDs.
- 3) Reducir el gasto farmacéutico al controlar y unificar en un stock común todas las existencias;
- 4) Mejorar la relación entre los distintos profesionales con protocolos de comunicación;
- 5) Autorización del Servicio de Farmacia y realizar compras directas”.<sup>224</sup>

Con fecha 15 de marzo de 2015, en la página web de GeriatricArea encontramos una información titulada “Los Llanos Vital pone en marcha un servicio de la atención farmacéutica personalizada”.

---

<sup>224</sup> Ramirez Ponferrada, Rafaela; y colaboradores. 2006. “Implantación de un Servicio de Farmacia en la Casa de Misericordia de Pamplona” Presentado en el XLVIII Congreso de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. En *Revista Española de Geriátría y Gerontología*. 2006; 41 (Espec. Congres.): 54-121. (el trabajo está en la pag.64)

Nos indica que el centro Los Llanos Vital, que estaba situado en la localidad madrileña de Alpedrete, había implementado un servicio de atención farmacéutica personalizada para los usuarios de su Centro de Día, conscientes de que gran parte de las personas que venían eran mayores polimedicadas.

“Gracias a este servicio, puesto en marcha en colaboración con Atepharma, la única red de Atención Farmacéutica Personalizada de nuestro país, las personas mayores usuarias de ese Centro de Día se beneficiarían de servicios como:

- . Gestión de recetas y visados requeridos, incluyendo la petición de recetas en el centro de salud correspondiente, así como la recogida de las mismas.
- . Entrega de la medicación por la farmacia a la farmacéutica personal de Los Llanos,
- . Custodia y control de la medicación.
- . Preparación de la medicación semanalmente en pastilleros que se entregarán al usuario.
- . Seguimiento de los tratamientos farmacoterápicos para comprobar cumplimiento, prevenir, detectar y resolver resultados clínicos negativos; todo ello en coordinación con el médico de atención primaria.
- . Aplicación inmediata de los cambios de tratamiento realizado por el médico de atención primaria o especialista”.

Evitando, su actuación, mala gestión, exceso de medicamentos en el botiquín casero y abuso de su consumo.

Nos informaba de que Los Llanos era noticia también ya que su proyecto “Radio Siempre Vital” había sido distinguido con el tercer premio del concurso “Ideas para la Dinamización de la Vida Cotidiana en Residencias y Centros de Día” convocado por la Dirección General del Mayor de la Comunidad de Madrid.<sup>225</sup>

---

<sup>225</sup> <http://geriatricarea.com/los-llanos-vital-pone-en-marcha-un-servicio-de-la-atencion-farmaceutica-personalizada>.  
<http://geriatricarea.com/athepharma-ofrece-atencion-farmaceutica-giatrica-personalizada>. Desde 12 de mayo de 2015.



En Internet, encontramos que Atepharma ofrecía, desde el día 12 de mayo de 2015, atención farmacéutica geriátrica personalizada.

La ofrecía, a través de su red de farmacéuticos autónomos franquiciados, con los siguientes puntos:

- “. Gestión de recetas y tratamientos en el centro de salud.
- . Realización de pedidos a farmacia.
- . Gestión de stock de medicamentos.
- . Control de caducidades y temperaturas.
- . Puesta en marcha, control y seguimiento de intervención farmacéuticas.
- . Preparación de pastilleros.
- . Optimización del consumo de medicamentos.”

Además, ofrecía orientación práctica al cliente, analizar la situación del servicio farmacéutico del centro y poner en marcha la unidad de farmacia, realizando auditorias anuales para garantizar la calidad de servicio ante las administraciones correspondientes.

Por otra parte, a través del portal *Pharmatheum* ofrecía formación sociosanitaria especializada y continuada para auxiliares de farmacia geriátrica y para los farmacéuticos sociosanitarios responsables de los servicios farmacéuticos. También indicaba que Atepharma desarrollaba su actividad en más de 80 centros sociosanitarios repartidos por toda España.

También Atepharma, a través de su web <http://www.atepharma.com> [info@atepharma.com](mailto:info@atepharma.com) I Política de privacidad; informaba que su Nuevo Campus Virtual, Pharmatheum, ponía en marcha un nuevo portal de formación especializada que ofrecía: “Gestión y buenas prácticas en la prestación de servicios farmacéuticos en los Centros Sociosanitarios”, para formación a titulares de farmacia; otro programa ofertado era “Programa de especialización del Técnico en farmacia en el sector sociosanitario”, programa de especialización para técnicos.

Este programa para técnicos tenía una fecha de inicio de la primera convocatoria para mayo de 2017.

El año 2014, en la publicación *Farmacéuticos Comunitarios* encontramos un trabajo de investigación cuya intención y contenido nos interesó y más cuando vimos uno de sus firmantes: Rafaela Ramírez Ponferrada, a la que conocemos como presidenta de Atepharma. La investigación se presenta bajo el título “Seguimiento Farmacoterapéutico en residencias”.

Como objetivos la investigación se proponía implantar un Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) en las residencias de mayores realizado por farmacéuticos autónomos de la Red Atepharma en colaboración con las farmacias comunitarias, médico y equipo de enfermería, realizando una evaluación “completa” de los tratamientos y previniendo la aparición de Resultados Negativos de la Medicación (RNM).

Como hemos hecho anteriormente con todo lo que se refiere a Atepharma copiamos literal mente:

“Material y métodos. Desde la central de Atepharma se realiza un análisis prospectivo de esta nueva forma de intervención farmacéutica, evaluando las mejoras que aporta en calidad asistencial frente a los modelos tradicionales y actuales. Todo ello adecuándonos al documento elaborado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF) donde se contemplan los servicios colaborativos. Los cuales son aquellos que se pueden desarrollar en colaboración con otros profesionales sanitarios, voluntarios, y que requieren un convenio previo y acreditación. El farmacéutico autónomo de Atepharma incorporado en el organigrama de la residencia firma un acuerdo con la farmacia comunitaria dispensadora y el centro residencial.

Para lograr los objetivos, Atepharma utiliza los siguientes medios:

- . Integración de los farmacéuticos en el organigrama de los centros.
- . Contrato por prestación de servicios de un farmacéutico autónomo.
- . Remuneración del Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) por número de pacientes.
- . Optimización del consumo incidiendo en la medicación inapropiada, cumplimiento terapéutico, implementación de genéricos, eficacia y seguridad en los tratamientos.
- . Metodología de trabajo uniforme, con registros y protocolos normalizados.
- . Formación inicial y continuada, teórica y práctica en una residencia piloto
- . Sistema certificado en Calidad NORMA ISO 9001: 2000.
- . Soporte informático de gestión farmacéutica, integrado en la red sanitaria del Centro.
- . Puesta en marcha control y seguimiento de las intervenciones farmacéuticas.
- . Actividad docente dentro y fuera del centro asistencial.

. Flexibilidad ante los diferentes modelos de servicios farmacéuticos y su marco legal.

Resultados: Los resultados son 10.385 pacientes registrados, 39 farmacéuticos autónomos, 43 farmacéuticos comunitarios, 1 farmacéutico hospitalario, 58 auxiliares de farmacia, presencia en 11 comunidades autónomas, 1 residencia pública y 83 privadas/concertadas, 1 proyecto piloto de centro de día y otro de atención domiciliaria, 6 comunicaciones a congresos, concierto de prácticas con 2 universidades, 2 cursos a directores de residencias y 3 masterclass a cuidadores.

Conclusiones: Atepharma establece un nuevo paradigma profesional farmacéutico que se adapta a los servicios colaborativos impulsados por el CGCOF aportando mejoras económicas y clínicas”.<sup>226</sup>

En 2017 encontramos información: “Masterclass Los sistemas personalizados de dosificación. Las ayudas técnicas en medicación”.

En la presentación indican “En esta Masterclass sabrás como utilizar los nuevos Sistemas Personalizados de Dosificación de medicamentos”. También te van a dar a conocer como están diseñados, su funcionalidad y los modelos utilizados más novedosos, los sistemas robotizados, y podrás ver en directo los diferentes dispositivos explicados por la farmacéutica” (....., omitimos el nombre y apellidos que proporciona, en respeto a su privacidad).

Como objetivos indica: “Con esta clase aprenderás:

- . A saber, qué es un Sistema Personalizado de Dosificación de medicamentos (SPD).
- . Las ventajas de utilizar un SPD.
- . Los tipos de sistemas utilizados.
- . A aplicar lo aprendido con ejemplos prácticos”.

Indica que esta sesión estaba pensada para los cuidadores y auxiliares de ayuda domiciliaria de personas polimedicadas con tratamientos complicados en el uso y tomas de medicamentos. Así como pacientes activos con dudas en la administración de la medicación.

---

<sup>226</sup>Ramirez Ponferrada, Rafaela; et alt. 2014. “Seguimiento farmacoterapéutico en residencias”. En *Farmacéuticos Comunitarios* Vol. 6, Suplemento I. :pag 31. 2014. SEFAC

En 2018 nuevamente encontramos un “reportaje/propaganda” como siempre hacen cuando tienen espacio en un medio de publicación profesional de farmacia.

Esta vez es en (*im*) *Farmacias*, en su número de junio de 2018. En una página destinada a “grupos de farmacia” está dedicada a Oscar García, director de Alphega Farmacia en España.

Él titula su exposición “Alphega Farmacia cubre las necesidades de las farmacias 360 grados”

“Las oficinas de farmacia están adaptándose con velocidad a los cambios que reclaman los pacientes. Desde Alphega Farmacia dejan claro que la suya es una opción de valor, que está facilitando esta transición. Sus servicios ponen el foco en ofrecer una experiencia diferenciada que, optimice la farmacia desde dentro y la diferencie en el servicio hacia fuera. Todo ello, con el respaldo de una red potente, pero manteniendo la independencia,”

Tras este párrafo nos manifiesta que hay más de 890 farmacias Alphega en España y más de 6.400 en Europa. Su objetivo es un crecimiento sostenible brindando un servicio de calidad.

Crean en la colaboración entre farmacias y grupos de farmacia. Su presencia tiene su mayor peso en Cataluña, Madrid, Andalucía y Valencia.

Cubre las necesidades de la farmacia “ofreciendo servicios de ayuda a la gestión a través del equipo de consultores, formación para el equipo y campañas de formación sanitaria, entre otros”.

“A largo plazo, la idea es ser la red de farmacéuticos líder a nivel internacional con unos servicios al paciente y unos abordajes de los mismos diferenciadores y reconocibles”

“Vemos unas farmacias cercanas, profesionales, que den un trato personalizado y que estén atendidas por profesionales que marquen la diferencia”.

Nos informa que en octubre habían firmado un acuerdo entre los principales grupos de farmacias “del sector” para dar lugar a ANACEV, la primera Asociación Nacional de Centrales de Venta.

“Ofrecemos al farmacéutico independiente el sumar un compañero de viaje para desarrollar todo el potencial de la farmacia. Lo hacemos gracias a una serie de servicios, pero sobre todo la figura del consultor o consultora que está en permanente contacto con la farmacia para crecer juntos”.

“Puedes llegar más lejos con tu farmacia y disponer de más y mejores herramientas para llevarlo a cabo. La figura del consultor es clave -es el compañero día a día con la farmacia, que recoge sus necesidades. Es la voz del farmacéutico en la red y la voz de la red en el farmacéutico, entre las farmacias Alphega”

Indica, que en España en un principio había plataformas de compra, pero dice que ahora “parece que la tendencia nos lleve a confrontar el reto de ofrecer una propuesta de valor diferenciada que posicione con fuerza a la farmacia frente a los “players online”, que amenazan a aquellos que no estén preparados”.

Seguidamente nos informa que acaban de celebrar la Primera Jornada Nacional Alphega que había tenido el valor añadido de juntar amuchas farmacias, con sus experiencias compartidas, generando un punto de encuentro.<sup>227</sup>

En marzo de 2019 leímos una información publicada por *Correo Farmacéutico*, recogida por su colaboradora Rosario García del Río, incluida en su sección El Periscopio, bajo el título “Interpretar los datos que recabe la tecnología. Horizonte de la farmacia. Análisis de futuro”. Y como subcapítulo: “Expertos recomiendan especializarse en la inteligencia artificial en salud, como vía para sobrevivir y contra las innovaciones hospitalarias, el “e-commerce”, o los nuevos competidores”.

Inicia la información exponiendo que “las necesidades de la farmacia comunitaria de encontrar vías para ser sostenible, y en algunos casos para sobrevivir, no es una preocupación solo del modelo español. El entorno europeo, e incluso el sistema liberalizado como el estadounidense, tiene las mismas inquietudes ante la pérdida de productos nuevos, a favor de los hospitales, la llegada de múltiples y poderosos competidores, el comercio electrónico o los cada vez más contenidos presupuestos públicos”.

---

<sup>227</sup> García, Oscar. 2018. “Alphega Farmacia cubre las necesidades de las farmacias 360 grados” En *(im) farmacias*, Nº 86 :pags. 126-127.junio 2018.

Seguidamente pasa a explicarnos como se está “dibujando el paisaje”, para esto se sirve de las opiniones de especialistas en relaciones con la industria farmacéutica y de otros que eran de la empresa Socios Estratégicos, manifestadas cuando participaron en la Convención Europea de las farmacias Alphega, que se había celebrado en Mónaco los días 14 y 15 de marzo de 2019. Todas las denominaciones de empresas o personas, aparecen en inglés, pero en ningún momento aparecen españolas.

Hablan de un mercado farmacéutico global en crecimiento en torno al 3-6 por ciento hasta 2022 que, indican, se traducirá en un impulso 2,5 por ciento del mercado de valores.

Sin embargo, a pesar de las cifras positivas, advertían que son tiempos de cambio; la industria farmacéutica tiene que hacer más descuentos a los pagadores, y como ejemplo pusieron a Italia “donde hay un gran desequilibrio entre los descuentos y el PIB”.

Continuaron su información: “de las 42 nuevas moléculas aprobadas el año pasado por la Agencia Reguladora Americana (FDA), 19 han sido calificadas de revolucionarias, y 21 han sido designadas como terapias huérfanas, de algunos de estos medicamentos solo se han dispensado 226 envases, la mayoría de ellas han recalado en los hospitales y se han visto sometidas a acuerdos de descuentos “.

El siguiente párrafo nos ofrece en negritas: El necesario adiós al margen “La receta y la dispensación que lleva aparejada, por tanto, ya es solo una pequeña pieza del rompecabezas, mientras que el pago por servicios añadidos y no en función del producto o margen del medicamento, debería ser la fórmula que se acabe imponiendo”.

Continúa describiendo un entorno bastante complicado, entre otras cosas porque la remuneración por servicios no depende estrictamente de los profesionales y propietarios de farmacias. Sigue su información indicando que los expertos habían recomendado a los más de 1.200 farmacéuticos procedentes de nueve países distintos (República Checa, Francia, Italia, Paises Bajos, Alemania, Reino Unido, Turquía, Rumanía, España) concentrarse en otros factores. La inteligencia artificial lo va a cambiar todo, aseguran, la tecnología, que ha explotado en los últimos cinco años será uno de los factores de impacto influyendo en las farmacias. Aconsejan “el farmacéutico debería convertirse en el especialista que interpreta a los

usuarios y pacientes todos los resultados que se recaben en las aplicaciones de salud y otros medidores de parámetros digitales.”

Por otra parte, señala, los expertos trasladaron la idea de que aunque desaparezcan los servicios tradicionales de las farmacias, sobre todo la dispensación, el farmacéutico comunitario sigue en una posición privilegiada para ocupar nuevos espacios que se están creando o están por crear.

Después explicaron que en Estados Unidos las farmacias de una determinada cadena (walgreens), van a ofrecer un servicio “care connect”, para pacientes con asma o EPOC; con un sensor y una aplicación móvil el farmacéutico podrá conocer si el paciente está haciendo correctamente, en tiempo y forma, la utilización del inhalador.

Nos proponen que, del mismo modo que los datos que arrojan las pulseras de actividad, o las prestaciones de salud que ya están ofreciendo los altavoces inteligentes puedan ser un asunto del farmacéutico comunitario si se actualiza y decide convertirse en un gestor de los datos de salud de los usuarios y pacientes. “El farmacéutico está en una posición privilegiada para asumir esta tarea, por la cercanía con los usuarios pero también por la confianza que les tienen”.

Se pueden cambiar las cosas para que los farmacéuticos comunitarios, no estén en riesgo, el nicho de asesor de confianza del paciente no está ocupado; se pueden ofrecer servicios que le faciliten la vida, como el “*click and collet*”, siempre que sean costes efectivos, es si el asesoramiento en el uso de la tecnología puede ayudar. <sup>228</sup>

¿Al hilo de lo que acabamos de comentar sobre el futuro? de la oficina de farmacia, me viene el recuerdo de un Editorial de la revista *OFFARM*, firmado por Juan Esteva de Sagrera, Catedrático de Legislación en la Facultad de Farmacia de la Universidad de Barcelona y, a su vez, director de la revista, en ese año 2005.

Si supiéramos introducirnos de lleno en las ideas que se nos propone, o al menos nos avisan, de futuro, tal vez, este avance que ahora nos trae Alpega, nosotros ya lo habríamos rebasado; las autoridades farmacéuticas tienen

---

<sup>228</sup> García del Río, Rosario. 2019. “Interpretación de los datos que recabe la tecnología. Horizonte de la farmacia. Análisis de futuro”. En *Correo Farmacéutico*. Sección El Periscopio. Semana 25-31 de 2019. Año XVII, Nº 819, pags. 20 y siguientes.



una solvencia económica suficiente para ofrecer a sus farmacéuticos, con posibilidades de ayuda, la formación y utilización de tecnología punta acorde a cada momento.

El profesor Esteva de Sagrera, en su Editorial (revista *OFFARM*, año 2005) titulado “Plan Avanza@ y farmacia”, iniciaba su contenido recordando que a finales de septiembre (siempre 2005) el Consejo de Ministros había dado el visto bueno a un proyecto para la implantación de la “sanidad en línea”.

Sigue informando, que esa iniciativa supondría la utilización de la receta electrónica a través de ese Plan Avanza@, que comenzaría a aplicarse en el año 2006.

Veía inmediato, la generalización de la receta sanitaria electrónica, similar a la (entonces) “actual”, pero con un chip que incorporaría la firma digital. El chip permitiría que las transacciones que se realizasen con la tarjeta fueran seguras y comprobables, y que realizasen gestiones “on-line” desde el domicilio.

Voy a copiar el contenido de lo escrito por Esteva cuya información contiene: “No todo será fácil: los usuarios que soliciten la tarjeta recibirán en su domicilio los dispositivos necesarios y para su empleo, precisarán de un ordenador, conexión a internet y un lector óptico conectado al ordenador. La primera vez que se acceda deberá entregar un código personal que quedará grabado en el PC.

La receta electrónica se perfila como la receta del inmediato futuro, que sustituirá a la actual receta física en papel. Será un documento virtual para prescribir y dispensar fármacos. El médico realizará la prescripción desde el ordenador de su consulta y cursará la solicitud de visado, si es necesario. La información se enviará a una base de datos central, donde se generará un número de prescripción único que identificará la receta con todos los datos. Para dispensar los medicamentos, la farmacia precisará de un lector, que le permitirá identificar al paciente y capturar de la red la receta electrónica que el médico haya realizado.

El paciente presentará su receta electrónica para obtener la medicación y recibir en su oficina de farmacia información actualizada sobre las interacciones e incompatibilidades de los medicamentos prescritos con otros que esté tomando y se eliminarán los posibles errores en la interpretación de la receta.

¿Realidad o ficción? Andalucía, País Vasco y Comunidad Valenciana han diseñado el proyecto de tarjeta sanitaria vinculándolo al de la receta electrónica. En el caso del País Vasco ya utilizan el modelo electrónico para la dispensación de medicamentos conjuntamente con la tarjeta sanitaria electrónica. Por su parte, Cataluña ha previsto la implantación de un proyecto piloto de receta electrónica para el mes de diciembre de 2005.

No se pueden poner puertas al campo, de modo que los farmacéuticos deberán colaborar activamente en el proyecto e implicarse en él para que la farmacia virtual no se aleje, algún día, de las farmacias”.<sup>229</sup>

Finalmente, reflejaremos aquí, la última información que poseemos; se encuentra en *El Global* de 8-14 de julio de 2019 nominada “Alphega ayuda a los boticarios a desarrollar sus categorías clave”.

El contenido se inicia advirtiéndonos que una elección correcta de las categorías y fomentar su desarrollo adecuado es casi obligatorio para que la oficina de farmacia “pueda potenciar su desarrollo económico”. Para ello la red de farmacéuticos independientes Alphega Farmacia había reunido en distintas ciudades –Sevilla, Madrid y Barcelona- a más de 100 farmacéuticos miembros de la red en el curso de formación “Desarrollo de categorías clave en la farmacia”. Nos informa que durante el curso los farmacéuticos habían podido ampliar conocimientos en categorías clave: dolor articular, probióticos, salud ocular, con el objeto de potenciarles en sus farmacias. Había contado con el apoyo de laboratorios (da nombres) y dice que con estos cursos Alphega Farmacia seguía reforzando su voluntad de estar muy cerca de la farmacia independiente para aportarle valor.<sup>230</sup>

En octubre de 2019, con motivo de los 100 años de actividad de Aliance Healthcare en España encontramos en *El Global* una pequeña reseña de su comienzo y su actualidad. “En 1919, un grupo de farmacéuticos aragoneses crea SAFA que es absorbida por Aliance; hoy, 100 años después, el grupo tiene 7.000 socios farmacéuticos, más la red ALPHEGA, que mueve 1.000 farmacias.”.<sup>231</sup>

---

<sup>229</sup> Esteve de Sagra, J. 2005. “Plan Avanza@ y farmacia”. Editorial. En *OFFAR*, Vol.14, Nº 10: Editorial. noviembre 2005.

<sup>230</sup> “Alphega ayuda a los boticarios a desarrollar sus categorías clave” 2019. En *El Global*, semana 8-14, julio 2019. Año V, Nº 75. Pags. 24

<sup>231</sup> En *El Global*, 30-octubre 2019

Para poder informar sobre lo predecible o no entre los miedos del profesor Esteve de Sagrera y la realidad que nos plantea la red Alphega, me he basado en un trabajo publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2006-2007, y otro publicado, en 2017, por SEFAC-MYLAN.

Según estas fuentes, el Plan Avanza surgió como respuesta a la necesidad de acelerar la inserción de España en la Sociedad de la Información y tenía por objetivo incrementar la productividad, potenciar el sector industrial, fomentar la I+D, y desarrollar servicios públicos modernos e interoperables basados en el uso efectivo de las TIC (Tecnologías de la Información y Consumo).

Los fondos europeos destinados a España en concepto Sanidad, se comprometieron en el proyecto Sanidad en Línea y para gestionarlo se creó la entidad privada Red.es.

Entre las áreas que tenía el plan, estaba la utilización de la información para mejorar la atención a los ciudadanos.

Entre sus actuaciones funcionales tenemos:

- . Un sistema fiable de identificación de los usuarios (tarjeta sanitaria individualmente)
- . La información de los registros clínicos de usuario o paciente (historia clínica digital)
- . Un sistema de soporte y relación de otros procesos para hacer efectiva la prestación farmacéutica a los pacientes y usuarios (justificación, visado, dispensación).
- . Mecanismos que ayuden a agilizar la citación de los usuarios con su médico de Atención Primaria y con los especialistas de Área (telecita).
- . Dispositivos de diagnóstico y tratamiento a distancia evitando desplazamientos (telemedicina).

El concepto de Tarjeta Sanitaria Europea (TSE), inició su andadura en la Cumbre Europea celebrada en marzo de 2002 en Barcelona, los sanitarios españoles lo acogieron de buen grado como el primer paso para conseguir, según esperaban, en un futuro no muy lejano, una verdadera tarjeta sanitaria válida también de cara a la libre circulación de pacientes por Europa.

La implantación de la RE en España como desarrollo de la sanidad digital se produjo en forma desigual y desordenada en el territorio nacional. Tras

doce años del inicio de su implantación aún falta bastante camino, el proyecto se planificó en dos etapas 2006-2010 y 2010-2020.<sup>232</sup>

Para nuestra información utilizamos ahora una publicación que en 2017 nos proporciona SEFAC ya que todavía no se habían completado todos los niveles asistenciales.

La RE como herramienta tecnológica se consideraba tenía muchas ventajas. Permitía la simplificación de la labor médica, la posibilidad de las dispensaciones repetidas, la mejora de acceso a la prestación farmacéutica por el paciente, etc.; y aseguran, nunca antes había existido en nuestro país a nivel sanitario una herramienta con tanta capacidad, proyección y futuro como la RE. Afirman que cuando estuviese interoperable y plenamente implantada, permitiría mejorar la calidad de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud.

Sobre la solicitud de otros servicios profesionales farmacéuticos, nos indican que la posibilidad de que los sistemas de RE permitan la prescripción o derivación de los profesionales sanitarios hacia la realización de otros servicios profesionales farmacéuticos (SPF) a los pacientes que pudieran beneficiarse de estos, era una utilidad solo permitida a la prescripción de fórmulas magistrales y preparados oficinales. Los SPF, como elaborar sistemas personalizados de dosificación (SPD), la revisión de la farmacoterapia, revisión del botiquín, el seguimiento farmacoterapéutico, los tratamientos directamente observados, la revisión de medicamentos, etc., pueden ser necesarios en determinados pacientes, y eso supone que pierdan protagonismo y prioridad.

Los sistemas de RE no permiten al farmacéutico de oficina de farmacia la suficiente autonomía profesional a la hora de realizar el servicio de dispensación; en beneficio del paciente, debería poder subsanar algunos de los errores detectados, sustituir no solo en condiciones de urgencia y falta de suministro, sino también en necesidades sanitarias como intolerancia a algún excipiente, cambio de la forma farmacéutica de un principio activo para facilitar la toma por parte del paciente, etc.

---

<sup>232</sup> *Las TIC en el Sistema Nacional de Salud. El Programa Sanitario en Línea elaborado por Red.es.* Cosejería de Sanidad de todas las Comunidades Autónomas INGESA (Ceuta y Melilla). Ministerio de Sanidad y Consumo. Plán de Calidad. 2006-2007.

La RE, también, debería permitir una comunicación electrónica, bidireccional, fluida, entre el farmacéutico y el resto de profesionales sanitarios que atienden al paciente y les ayudará a tomar decisiones basadas en una información más completa y compartida por todos los agentes implicados.

La participación y colaboración del farmacéutico de oficina de farmacia en la atención al paciente con el resto de profesionales sanitarios a través del sistema de RE permitiría su integración real y efectiva en la Atención Primaria y Especializada en el SNS, de forma que existiría una verdadera continuidad asistencial para el paciente y una participación efectiva del farmacéutico en el desarrollo de programas asistenciales relacionados con el uso racional del medicamento, la mejora de la adherencia al tratamiento y la farmacovigilancia.

También sería muy importante que el sistema de RE pudiera adaptarse, como herramienta tecnológica que es, a la metodología de trabajo del farmacéutico en la oficina de farmacia, de tal manera que éste pudiera aplicar sus procedimientos normalizados de trabajo relacionados con el servicio de dispensación.

SEFAC, realizó una encuesta a 476 farmacéuticos de oficina de farmacia pidiéndoles indicasen tres ventajas para el farmacéutico, como para la farmacia.

- Principales ventajas para el farmacéutico de oficina de farmacia:
  - . Disminución de errores en la interpretación de las recetas.
  - . Mejora en cuanto a la gestión administrativa (facturación más rápida y sencilla).
  - . Acceso a la medicación del paciente.
- Principales inconvenientes para el farmacéutico de oficina de farmacia:
  - . Dependencia absoluta de medios técnicos, a menudo falla el sistema y no hay alternativa para dispensar la medicación.
  - . Coste adicional excesivo asumido por el farmacéutico (papel, línea, tóner...)
  - . No permite acceso al historial clínico.

- Principales ventajas para la farmacia:
  - . Facturación sencilla y rápida y menor burocracia.
  - . Disminución de errores en la interpretación de las recetas
  - . Nos cohesiona más como parte del sistema de salud de cara al paciente.
- Principales inconvenientes para la farmacia:
  - . Lentitud en el proceso de dispensación.
  - . A nivel administrativo, seguir cortando cupones, contar recetas y enviar cajas.
  - . No se puede leer tarjetas de otras Comunidades Autónomas.

El resultado era, en 2017, que la fase de implantación de los sistemas de RE todavía no había finalizado totalmente a nivel de Atención Primaria y mucho menos a nivel de Atención Especializada.<sup>233</sup>

No sabemos (lo estoy escribiendo en 20018) cómo ni cuándo concluirá el proceso de implantación de la tecnología en las oficinas de farmacia, pero comprobando, como estamos comprobando en todo, que el mundo de la atención sanitaria de la oficina de farmacia es el patito feo de la sanidad nacional, tal vez mi generación no llegue a ver los augurios del profesor Esteve.

## **9.2. FARMACÉUTICOS FORMADORES Y FARMACÉUTICOS COLABORADORES (FoCo)**

En 1997, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos puso en marcha el Plan Nacional de Formación Continuada (PNFC) con misión formativa y objetivo facilitar al colectivo farmacéutico la revisión y actualización de conocimientos para el ejercicio de la profesión.

---

<sup>233</sup> Baixaulí Fernández, V. Javier; Bizuela Rodicio, L. Alfonso; Murillo Fernández, M<sup>a</sup> Dolores, et. alts. 2017. “Análisis de la dispensación a través de la receta médica electrónica en las farmacias comunitarias españolas. Propuesta de mejoras”. SEFAC- ESTEVE; noviembre 2017. PDF.

Se esperaba de este Plan que facilitase al farmacéutico su misión de informador sanitario a la sociedad y apoyar a los profesionales en la promoción de la salud.

El PNFC inició su andadura con un primer curso de Farmacología y Farmaco-terapia, como oferta básica en ciclos de 4 años, que con el paso del tiempo, se denominó Programa de Actualización en Farmacología y Farmacoterapia, a estas ofertas, que podíamos llamar de “esenciales”, se añade de forma periódica otros cursos sobre aspectos de gran interés profesional.<sup>234</sup>

Además de las convocatorias del Consejo General de Colegios; todos los Colegios profesionales tienen una amplia oferta de Formación Continua que constantemente actualizan y amplían con nuevos contenidos en función de los nuevos conocimientos.

Poniendo un ejemplo, citaremos, que, en el año 2006, el Boletín Informativo del Real e Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla a través de su Escuela de Formación ofrecía un Curso de Formación Continuada que en una primera exposición nos lo presenta con el título de “El farmacéutico como formador” con acreditación de la Agencia de la Calidad Sanitaria; más adelante nos indica que ese curso estaría centrado en el desarrollo de Programas para la Formación de Manipuladores de Alimentos.

Seguidamente nos hace una extensa presentación de esta escuela de formación, en un trabajo con el sugestivo título “Escuela de Formación, Calidad y Vanguardia al servicio de los Colegiados”. Alude que la OMS en su 47 Asamblea, en referencia al farmacéutico proponía “ suministren al público información documentada y objetivos sobre los medicamentos y su utilización y faciliten asesoramiento técnico a los profesionales de la salud, a los órganos de reglamentación farmacéutica, a los planificadores sanitarios y a las instancias normativas”; por ello en diciembre de 2004, la Junta de Gobierno había decidido crear la Escuela de Formación del Real e Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla para facilitar la puesta al día, a los farmacéuticos, en su actividad profesional diaria.

Esta Escuela inició su andadura en 2005.

En 2006 (septiembre) se inicia en la sede Colegial, el Curso de Formación Continuada “*El Farmacéutico como Formador*” (al que hemos aludido al

---

<sup>234</sup> On line [https://www.portalfarma.com/inicio /formacioncontinuada/cursos/Paginas/Cursos.aspx](https://www.portalfarma.com/inicio/formacioncontinuada/cursos/Paginas/Cursos.aspx)  
Consultado en 2017.



comienzo de esta exposición) se convocó con el objetivo fundamental de aquellos farmacéuticos que, aun teniendo una formación sanitaria reconocida, deseaban profundizar tanto en conocimientos de higiene de los alimentos como en técnicas de formación y comunicación para desarrollar un magnífico trabajo como formadores de Manipuladores de Alimentos. Citamos esta actuación del Colegio de Sevilla, pero en esas fechas, muchos Colegios tenían sus particulares ofertas.<sup>235</sup>

En 2014 encontramos, ya en funcionamiento, la actividad de unas personas calificadas de “facilitadores”. Habíamos tenido noticias del deseo del Consejo General de Colegios Profesionales de Farmacéuticos de contar con unos formadores para instruir en el desarrollo del ejercicio profesional de los farmacéuticos de oficina de farmacia, resultando ser como prestadores de servicios profesionales en la oficina de farmacia del compañero ya establecido.

En la revista *Pharmaceutical Care España*, miembros del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada, y otros colaboradores, presentan un trabajo titulado “Percepción de los formadores colegiales sobre el futuro profesional de esta nueva figura laboral en la farmacia comunitaria”.

En el resumen que ofrecen, bajo el epígrafe Objetivo, nos indican: Explorar la percepción de Formadores Colegiales (FoCo) con experiencia previa sobre su formación y sus funciones futuras en la implantación y sostenibilidad del servicio de Seguimiento Farmaco-terapéutico en el ámbito de la farmacia comunitaria española.

Y en el de Resultados: “La reunión grupal celebrada en la sede del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF) en Madrid, tuvo una duración de 95 minutos. Participaron seis Formadores Colegiales. En función de los temas tratados se identificaron dos dimensiones, una primera que abarca las funciones que debe desempeñar un Formador Colegial (resaltando la función de motivador, facilitador de la comunicación y formador metodológico y clínico) y una segunda en las que se describen las características que ese profesional debe tener para poder realizar su papel facilitador (entre las que destacan que debe ser un profesional contratado por el Colegio de Farmacéuticos correspondiente, con lugar físico de

---

<sup>235</sup> En *Farm@press*. Boletín informativo del Real e Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla, Nº 57, septiembre 2006

trabajo dentro del mismo y con jornada laboral completa y flexible, entre otras características)”.

El apartado Conclusiones, nos ofrece la siguiente información: “El presente artículo aporta información relevante sobre la figura innovadora del Formador Colegial, describiendo las características intrínsecas necesarias para desarrollar su labor y las funciones a desempeñar. Dicha información debería ser utilizada por aquellos Colegios Oficiales de Farmacéuticos Provinciales que deseen implantar Servicios Profesionales, tales como el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico.”

Para la implantación de los Servicio Profesionales Farmacéuticos, a nivel nacional e internacional, encontramos numerosos trabajos que nos indican la existencia de barreras y en esta exposición que ahora comentamos, nos indican que su intención era localizar “facilitadores” que solucionasen esas barreras. También aquí se nos informa de cómo debemos interpretarlo en nuestro caso, oficina de farmacia: “el término “facilitador” se ha definido como cualquier tipo de elemento (material o inmaterial) que pueda ayudar a superar barreras y/o a acelerar la diseminación, implantación y/o sostenibilidad de SPF en dicho ámbito.”

El facilitador debe tener una formación específica ya que su actividad debe incluir acciones diversas, tales como proporcionar información sobre el servicio antes de que sea adoptado, proveer formación para llevar a cabo y prestar asistencia in-situ una vez el cambio de práctica esté en marcha.

Se trata de un farmacéutico contratado por el Colegio Oficial de Farmacéuticos correspondiente, responsable de realizar formación y asesoría in-situ a los farmacéuticos participantes en un Programa, además de ofrecer apoyo continuo a las farmacias implicadas para tratar de solucionar cualquier dificultad o duda que surja durante la realización o adaptación de la farmacia al servicio de SFT. Sus funciones van desde la ayuda al farmacéutico a cumplimentar formularios, hasta motivar al equipo de la farmacia, a resolver dudas relacionadas con los perfiles de salud y la farmacoterapia del paciente, a definir y realizar sus intervenciones farmacéuticas, a comunicar con el médico, etc.

Nos indican que dada la experiencia de los FoCo que habían participado en el estudio conSIGUE se procedería a la implantación real y generalizada de

ellos acometiendo aspectos como su formación, sus funciones y su ubicación, como nueva figura laboral.

En este sentido, nos informan, se habían descrito facilitadores que ayudasen en el cambio de práctica individual a nivel del farmacéutico como puede ser, en la provisión de educación y formación de habilidades de comunicación, la motivación, el conocimiento o la confianza de los farmacéuticos para realizar Seguimiento Fármaco-Terapéutico.

También nos presentan facilitadores para la organización, es decir, a nivel de la farmacia destacando su papel en ayudar a la innovación hacia nuevas prácticas, el apoyo en la gestión de la misma, su presencia como asesores externos o mentores, o a proporcionar apoyo para la realización de servicios.

Según manifiestan, lo más eficaz para ayudar en la implantación y realización de servicios profesionales farmacéuticos es combinar la formación tradicional con un apoyo constante mediante la realización de visitas por una persona facilitadora, y la asistencia vía telefónica o e-mail. Esto inducirá a utilizar sistemas formativos de actuación en la misma farmacia que ayude al profesional a identificar y priorizar las distintas áreas de cambio, y personalizar los distintos planes de actuación para cada cambio.

Nos informan que en los últimos años se estaba trabajando en el Programa conSIGUE para la implantación y sostenibilidad del servicio de Seguimiento Fármaco-Terapéutico en la oficina de farmacia española, pese a ser este uno de los tres servicios propuestos por Foro de Atención Farmacéutica no se había implantado de forma generalizada. En ese momento se había realizado la fase “impacto” y la fase siguiente “implantación”. En ambas fases se consideró importante la utilización de un facilitador externo para este tipo de programa en que se pretendía modificar el comportamiento de los farmacéuticos, el equipo investigador incluyó, lo que en esta publicación consideran “una figura innovadora”, un facilitador para ofrecer apoyo externo a los farmacéuticos, que se denominó Formador Colegial (FoCo).

El trabajo de investigación, en el que estamos basando nuestra información, tuvo como objetivo explorar la percepción de los FoCo sobre su formación y sus funciones futuras en la implantación y sostenibilidad, en este caso, del servicio de SFT en el ámbito de la oficina de farmacia española.

El método adoptado fue realizar un estudio cualitativo mediante la técnica del grupo focal. El coordinador de la reunión utilizó un guion temático previamente elaborado por el equipo investigador que pretendía explorar la opinión de los FoCo sobre sus experiencias y percepciones acerca del futuro de esta nueva figura profesional.

Antes del inicio de la reunión los participantes firmaron un documento de consentimiento informado, y el contenido de la conversación se registró en una grabadora, siendo transcrito en su totalidad y posterior análisis del contenido. Los participantes afirmaron que los formadores debían actuar como motivadores para que los farmacéuticos pudieran ofrecer servicios con la calidad asistencial que demandan los pacientes.

Aquí nos incluyen la opinión de los formadores, entre comillas y en cursiva, indicando que la principal función que les habían demandado era que les motivaran para que siguiesen, para que no abandonasen, para que viesan que el objetivo de ellos era bueno para la profesión.

Opinaban debían ejercer como facilitadores de la comunicación fundamentalmente en las relaciones del farmacéutico con el médico y/o con el paciente; también se resaltó la función como formador pues en muchas ocasiones, durante el programa conSIGUE, los FoCo tuvieron que poner al día al farmacéutico en diferentes aspectos, desde metodológicos a clínicos.

Se comentó que para realizar su función los FoCo deben tener una buena formación clínica, metodología del servicio fármaco terapéutico (SFT), buenas habilidades de comunicación y disponibilidad de tiempo. Tienen que ayudar al farmacéutico, pero nunca sustituirle, siendo el titular de la oficina de farmacia el que debe trabajar con los pacientes y registrar sus intervenciones.

Los FoCo deben disponer de un espacio físico ubicado en el propio Colegio Oficial de Farmacéuticos y deben tener un nivel jerárquico similar a los farmacéuticos de los Centros de Información de Medicamento; deberán ir personalmente a las farmacias, preparar la documentación, formar a los farmacéuticos y dar respuesta a las dudas planteadas por ellos.

Finalizada esta parte del trabajo consideraban que la información obtenida en el grupo focal podía ser muy útil para modelar la figura del FoCo, considerada clave para la implantación del servicio SFT en un futuro.

La información obtenida no sólo serviría para mejorar la formación inicial impartida a estos profesionales, también para describir su puesto de trabajo, características necesarias para desarrollar su labor y las funciones a

desempeñar. Consideran que esta figura tiene un futuro profesional imprescindible en la implantación de nuevos servicios en la oficina de farmacia.<sup>236</sup>

El 16 de marzo de 2017, leemos en *La Cerca* digital y en *Portalfarma*, que el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, el Grupo de Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada y la colaboración de los laboratorios Cinfa, estaban realizando junto con los Colegios de Farmacéuticos de Albacete y Gipuzkoa un pilotaje con el Programa AdherenciaMED para evaluar resultados y mejorar procesos en pacientes con hipertensión, asma y EPOC.

En ese momento, en el que se iban a incorporar 7 Colegios y 18 farmacias, decidieron iniciar la colaboración de Formadores Colegiales en el proceso y seguimiento; estaba previsto para 12 meses, finalizando el 14 de noviembre de 2018, con la participación de 98 farmacias, 138 farmacéuticos y 1.186 pacientes.<sup>237</sup>

Igualmente, el 25 de septiembre de 2018, el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Málaga presenta a sus colegiados la plataforma Nacional InFoCo de informadores y formadores en Colegios Farmacéuticos.

El Colegio Oficial de Farmacéuticos de Ciudad Real convocó el día 14 de junio de 2018, una reunión informativa de la figura de los FoCo para que manifestasen su opinión.

El 22 de noviembre de 2018. el Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia (MICOV) en su sede de Paterna, en colaboración con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, organizó la I Jornada Nacional de Informadores y Formadores Colegiales Farmacéuticos, con el título *Los servicios profesionales como punto de partida*. Acto dirigido únicamente al personal del CIM (Centro de Información de Medicamentos) y FoCo de los Colegios oficiales de Farmacéuticos; centrada en servicios profesionales.

Según se manifestó la principal voluntad de esta Jornada era potenciar la formación como sección de gran importancia dentro de la estructura de los

---

<sup>236</sup> Pérez-Escamilla. B.; Garcés Cardus, V.; Gastelurrutia, M.A.; et alts. 2014. "Percepción de los formadores colegiales sobre el futuro profesional de esta nueva figura laboral en la Farmacia Comunitaria" En *Pharmaceutical Care España*. 2014. 16 (3) : 81-88

<sup>237</sup> Cf. On line [portalfarma.com/Profesional/consejoinforma/Paginas/2018-Finaliza-AdherenciaMed-terapeutica.aspx](http://portalfarma.com/Profesional/consejoinforma/Paginas/2018-Finaliza-AdherenciaMed-terapeutica.aspx) Consultado en 2018

Colegios Oficiales de Farmacéuticos, y la necesidad de plantear una vía a través de la cual poder compartir conocimientos y mostrar los procedimientos que se hubieran puesto en marcha, hasta el momento, con los Formadores de otros Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

Abogaba que los Colegios Profesionales tenían que estar preparados para atender las necesidades de formación y que estas se pudieran dar a través de contenidos rigurosos, actualizados y prácticos, y al mismo tiempo poder acreditar estos conocimientos con una garantía de calidad.

También, el secretario del Colegio de Valencia (Jaime Giner) defendía que la farmacia española “tiene que jugar un papel más activo en la atención sanitaria al paciente, mediante una interacción eficaz tanto con los pacientes como con otros profesionales de la salud: médicos, enfermeros, veterinarios, etc.”

Se recordaba que el Colegio de Valencia ya tenía su “Catalogo de Servicios Profesionales de la Farmacia Comunitaria”, para desarrollar una farmacia centrada en el paciente, al que además de proveer de medicamentos se le proporcionen cuidados específicos para su salud de forma sostenible y eficiente para el sistema sanitario. También manifestaron que ese Colegio había impulsado una plataforma, “Atenfarma”, creada por farmacéuticos e informáticos con el objeto de gestionar e implantar los Servicios Profesionales Farmacéuticos del Catálogo, que permite llevar un registro completo del paciente (historial fármaco-terapéutico, médicos asociados al paciente, seguimiento de parámetros clínicos o características personales como alergias o factores de riesgo).

El contenido de las sesiones fue:

- . 1ª Sesión; Servicio Profesionales: Presente y Futuro.
- . 2ª Sesión; Los Servicios Profesionales dentro de los Procesos Asistenciales de Servicio Nacional de Salud (SNS)
- .3ª Sesión; Plataformas al servicio de los farmacéuticos: Nodofarma, Axón Farma y Atenfarma.
- .4ª Sesión; Visión intra colegial: formación e información de los Servicios Profesionales



Concluyó el Acto con la realización de una mesa debate compuesta por los responsables de la formación e información de los Servicios Profesionales de los diversos Colegios Profesionales de Farmacéuticos.<sup>238</sup>

El 30 de enero de 2019 se reunieron todos los FoCo en la sede del CGCOF como punto de arranque de la nueva RedFoCo. El objetivo de esta red era crear un equipo de trabajo y colaboración compartida que cuente con herramientas tecnológicas “que faciliten la comunicación entre los FoCo, como con los 50.587 farmacéuticos que trabajan en las 22.046 farmacias españolas que quieran prestar Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA)”.

Durante la reunión se abordó la necesidad de potenciar la presencia de los FoCo en todos los colegios, la necesidad de mejorar el nuevo eCRD-FoCo que es un sistema de registro y comunicación, que va a permitir el trabajo compartido. Asimismo, habían comenzado a trabajar preparando la primera Jornada RedFoCo Nacional, que previsiblemente tendrá lugar en el primer semestre de este año 2019.<sup>239</sup>

Las farmacias de Ciudad Real incorporaban la red FoCo desde el siete de febrero de 2019, cuya introducción fue presentada a los colegiados el 31 de enero de ese año. En esa misma fecha el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Guadalajara presentó, en una sesión, la existencia de los FoCo indicando ya estaban introducidos en algunas corporaciones.

También en 2019, se incorporaron a los Colegios de Farmacéutico, de Soria, Las Palmas (Canarias), Toledo, La Coruña.<sup>240</sup>

La revista Farmacéuticos en su nº 445, febrero 2019, bajo el título de “Arranca la RedFoCo”, nos indica que el día 30 de enero se habían reunido los FoCo en la sede del CGCOF como punto de arranque de la RedFoCo. Durante la reunión se abordaron distintos temas como la importancia de estimular la creación de FoCo en todos los Colegios de Farmacéuticos.

---

<sup>238</sup> Cf. On line <https://www.micof.es>ver>el-micof-organiza-l-jornada-nacional-infoco> Consulta año 2019

<sup>239</sup> Cf. On line <https://www.portalfarma.com/Programados/consejoinforma/Paginas/2019-Arranca-RedFoco-para-potenciacion-Farmacia-Asistencial-Espana.aspx>

Cf. <https://www.portalfarma.com>jornadas>congreso>2019-jornadas-red-foco> Consulta, 2019  
En *Diariofarma*, 30 de enero de 2019. Consulta en 2019

<sup>240</sup> Cf. On line <http://www.actasanitaria.com/el-consejo-general-farmaceuticos-vuelve-a-respaldar-a-los-fotmadores-colegiales> consultado en 2019



Estos formadores colegiales facilitarían a los farmacéuticos el desarrollo de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA).

Como han hecho en otras informaciones, nos indican que contarán con herramientas tecnológicas que facilitarán la comunicación entre FoCo con todos los farmacéuticos de oficina de farmacia que quieran prestar SPFA (Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales).

Los FoCo serán responsables de realizar formación y asesoramiento a los farmacéuticos de oficina de farmacia para tratar de solucionar cualquier dificultad o duda que surja durante la realización o adaptación de la farmacia a un nuevo servicio.

En esta reunión se debatieron las necesidades que tenían día a día y se iba a mejorar su actuación con un nuevo eCRD-FoCo con un sistema de registro y comunicación que permitirá el trabajo compartido.

Quedó el compromiso de la Primera Jornada Red- FoCo Nacional para realizar presumiblemente, durante el primer semestre de 2019.<sup>241</sup>

En febrero de 2019, el Gobierno Regional y el Consejo de COF de Castilla-La Mancha ponían en marcha una campaña de información para asesorar a las personas afectadas de celiaquía. Para la realización de la campaña se creó una red de farmacéuticos expertos en asesoramiento sobre enfermedad celiaca a la que se habían adherido 213 farmacéuticos de la región, que serían los encargados de recibir la formación y prestar el asesoramiento acerca de todos los aspectos sobre la enfermedad celiaca. (No eran FoCo).<sup>242</sup>

En junio de 2019, con motivo de los doce años de existencia de los FoCo se realizó una reunión bajo el Título: “12 años abriendo la ruta asistencial”. En la mesa redonda dedicada a “La Evolución del Formador Colegial a lo largo de 12 años”, se ofrecieron las vivencias de una actividad que no siempre les fue fácil; uno de los FoCo del COF de La Coruña explicaba las dificultades que se habían ido encontrando y decía “casi siempre

---

<sup>241</sup> Cf. Arranca la Red FoCo para potenciar la Farmacia Asistencial en España. En *Farmacéuticos*, Nº 455, pag.40, febrero 2019 Consultado 2019

<sup>242</sup> Cf. On line <https://www.correofarmaceutico.com/profesion/farmacia-comunitaria/castilla-la-mancha-farmacias-y-administracion-se-unen-para-asesorar-a-las>. Consulta 2019

relacionadas con los perfiles personales de los farmacéuticos; lo realmente importante es la actitud personal y la resistencia al cambio”.<sup>243</sup>

Para formarme una idea más clara sobre la actuación de los FoCo leí, con muchísimo interés una publicación (interesante por la completa información que proporciona) que en 2014 había realizado el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos en el que se describe punto por punto y coma por coma, todo lo que fue el proyecto ConSigue Impacto. Posteriormente me informé de lo que se iba publicando sobre FoCo y, al final, tuve que volver a leer los FoCo en el libro del Consejo General.

El libro publicado por El Consejo General, sobre el proyecto ConSigue nos pone al día de los FoCo ya que participaron en ese proyecto.

En la página 30 correspondiente al epígrafe “Método” nos explica como se organizó el proyecto; entrando en el apartado “Formación”, sobre los farmacéuticos de oficina de farmacia que iban a colaborar en el proyecto nos indican que, previo al trabajo de campo, su formación se inicia de forma presencial en el Colegio Oficial donde reciben unas sesiones formativas proporcionadas por integrante del equipo investigador durante tres días, sesiones que se volvieron a dar con el objetivo de que pudieran asistir más de un farmacéutico por farmacia a esa formación.

Cada farmacéutico recibió un manual en versión electrónica donde se explicaba, en detalle, todos los aspectos cubiertos en la formación presencial.

El siguiente apartado nos informa de la formación y asesoría in situ (en la farmacia).

Durante el transcurso del estudio, los farmacéuticos incluidos en el grupo de intervención, recibieron formación y asesoramiento en las propias farmacias para solucionar los problemas que hubieran surgido desde la captación de pacientes, en la comunicación con el médico, y la resolución de los casos clínicos que se le planteasen. También las dificultades en la cumplimentación de los formularios que eran necesarios para el estudio. Aquí informaban que esta formación que recibieron los farmacéuticos in situ la realizaron los Formadores Colegiales (FoCo) contratados por los Colegios Profesionales (dos por Colegio); estos profesionales “utilizaron como herramienta de diagnóstico de las necesidades de cada farmacéutico el modelo PRECEDE adaptado a las farmacias comunitarias”. Dicho modelo es una técnica, según me informo, frecuentemente utilizada en el ámbito de la formación, que pretende investigar a fondo las dificultades, temores, miedos, problemas, dudas o habilidades que tiene el alumno antes-durante-después de la realización de una conducta que se quiere potenciar

---

<sup>243</sup> Cf. On line <http://www.correofarmaceutico.com/profesión/formadores-colegiales-12-años-abriendo.la.ruta.asistencial-html>

en él. En el caso del programa ConSigue se trataba de evaluar esas características en el farmacéutico que realiza el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFTA) a sus pacientes.

Ante esta lectura nos invadió la curiosidad y recurrimos a localizar en su referencia bibliográfica la cita que nos ofrecía esta publicación.

El modelo PRECEDE es un instrumento de diagnóstico conductual y por tanto el primer paso para su aplicación es identificar la conducta que se quiere analizar, cuanto más conocida es la conducta más eficaz será el diagnóstico.

La denominación PRECEDE es un acrónimo de Predisposing, and Enabling causes in Educational Diagnosis and Evaluation, escrito por Geen y Kreuter.

En este estudio PRECEDE se destacan dos situaciones, PRECEDE y PROCEDURE, con una serie de fases, en Precede se incluyen las fases 1-3-4-5, y en la Procedure las fases 6-7-8-9.

Siguiendo con la formación de los FoCo nos dicen que: “previamente al inicio del trabajo de campo, los FoCo recibieron una formación presencial que fue impartida por expertos en cada una de las materias tratadas. En esa formación se abordaron las siguientes áreas: habilidades emocionales, habilidades de formación, habilidades de comunicación con el paciente y con el médico, y formación en metodología.

Además del curso de formación, los FoCo dispusieron de un manual como elemento de apoyo para desarrollar su actividad. En él se especificaba el método que les permitía identificar las necesidades educativas, así como las estrategias que el FoCo podía llevar a cabo para intervenir sobre el farmacéutico.

Para llevar a cabo el programa de apoyo individualizado in situ, vía telefónica y vía email a los farmacéuticos participantes en el programa ConSigue según las necesidades específicas que presentaban, el FoCo, realizó una visita mensual a cada una de las farmacias participantes en ese proyecto, sumando un total de serie visitas por farmacia. en las visitas 1,3 y 6 utilizó el modelo PRECEDE, que fue aplicado en la farmacia como una herramienta de diagnóstico en las necesidades del farmacéutico para la realización del servicio de SFT. Dicha herramienta le permitió intervenir, formar y apoyar al farmacéutico en función de las necesidades identificadas mediante estrategias específicas en las visitas 2,4 y5.” Es la página 30 del libro copiada literalmente.

En la página 43, también encontramos información muy interesante, nos indican las actuaciones de algunos de los intervinientes:

. Formadores Colegiales (Foco)-Farmacéuticos

Durante sus visitas a las farmacias, los FoCo, además de asesorar in situ para la prestación del servicio de SFT, procedieron a revisar mensualmente las hojas de recogida de datos de cada paciente.

. Formadores Colegiales (FoCo)- Investigadores

Adicionalmente y de forma semanal, los FoCo mantuvieron reuniones por videoconferencia con parte del equipo investigador en las que proporcionaban un informe actualizado de cada farmacia. Los datos del programa fueron recogidos por los propios farmacéuticos durante el desarrollo del mismo. “Una vez concluido el trabajo fueron enviados en soporte papel, al FoCo, quien se aseguró de la confidencialidad de la información antes de enviarlos al equipo investigador”.<sup>244</sup>

Después de ConSigue, los FoCo participaron en AdherenciaMed.

Como hemos visto, quedaba en el aire una Primera Jornada Nacional de la Red FoCo a celebrar en el primer semestre de 2019.

En este sentido *Portalfarma* titula su información “La Red FoCo se consolida como facilitadora de servicios para las farmacias”, en ella nos informa que en Madrid el día 20 de junio de 2019 se había celebrado la I Jornada Red FoCo organizada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Siguiendo textualmente la información: “Dicha Red está constituida por formadores de los Colegios de Farmacéuticos que desarrollan una importante labor como motivadores para que los farmacéuticos comunitarios introduzcan en la práctica diaria, las prestaciones de servicios profesionales farmacéuticos asistenciales (SPFA).

El objetivo de esta red es crear un equipo de trabajo y colaboración compartida que sirva de referencia a los 52.000 farmacéuticos comunitarios que trabajan en las 22.071 farmacias españolas”.

El relato continúa indicándonos que “es una figura innovadora. Se trata de un farmacéutico que trabaja en el Colegio Oficial de Farmacéuticos, responsable de realizar formación y asesoramiento a los farmacéuticos comunitarios en la misma farmacia, además de ofrecer apoyo continuo para tratar de solucionar cualquier dificultad o duda que surja durante la realización o adaptación a la prestación de servicios asistenciales. Son por tanto una figura esencial como impulsores del cambio en la práctica diaria en la farmacia y para la implantación real de servicios asistenciales”.

Durante la inauguración de la jornada, con el lema “Sumamos para multiplicar”, el presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de

---

<sup>244</sup> Martínez Martínez, F. et alts.. 2014. *conSigue. Medida del Impacto Clínico, Económico y Humanístico del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en Mayores Polimedicados, en la Farmacia Comunitaria Española*. Informe 2011-2014. Edita Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Febrero, 2014.

Farmacéuticos señaló que se trata de “sumar el valor de toda la red de Colegios, de toda la red de formadores colegiales, para multiplicar el potencial asistencial de la red de farmacias comunitarias en España. Porque estamos en un proceso de transformación imparable, en el que tenemos que aportar nuestro valor asistencial como red-sumando y con visión de futuro para ofrecer al conjunto de la sociedad y de la sanidad nuestro talento como profesionales sanitarios”.

Para finalizar esta información nos presentan Nodofarma Asistencial. La primera vez que se habló de FoCo se dijo necesitaban comunicarse con todas las farmacias, entonces se estaba diseñando Nodofarma y se realizó una adaptación para el uso de los FoCo. Pero ahora nos presentan Nodofarma Asistencial: “es una plataforma que va a permitir en pocos meses que toda la red de farmacias pueda prestar servicios asistenciales a todos los pacientes, en todo el país, con los mismos procedimientos y con las máximas garantías de seguridad y protección de datos. Una herramienta que va a hacer posible extender estos servicios y que cuenta con la Red FoCo para su desarrollo real.”<sup>245</sup>

---

<sup>245</sup> Cf. <https://www.portalfarma.com/profesionales/consejoinforma/Paginas/2019-jornada-redfoco.aspx>  
Consultado en 2019

*10. ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES.  
SISTEMAS PERSONALIZADOS DE DOSIFICACIÓN  
(SPD).*

## **10. ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES. SISTEMAS PERSONALIZADOS DE DOSIFICACIÓN (SPD)**

El incremento de años de vida en la población es, sin duda, un logro del avance de la ciencia médica. Pero, indudablemente subyace o aflora, según la suerte, un envejecimiento en la población. Cualquier publicación que leamos sobre este asunto nos habla de crecimiento de la población mayor de 80 años indicándonos que hace 15 años esta franja demográfica equivalía al 3'5% de nuestra población y hoy alcanza algo más del 6%.

Estamos pensando en dos millones ochocientos mil potenciales pacientes, muchos de ellos continúan viviendo en su casa, que presentarán multiopatologías y por tanto polimedicación y en la misma medida precisarán frecuentes cuidados de los servicios sanitarios y sociales.

En cuanto a la humanización en la asistencia, los que conocemos ese mundo no nos cansaremos de decir que se trata de una urgente necesidad, en absoluto de una moda y mucho menos de un mero buenismo sanitario.

Es necesario promover organizativa y políticamente, en la práctica clínica valores éticos que permitan dar respuestas válidas ante fenómenos como la soledad y desorientación de los pacientes.

A veces, muchas, nos encontramos con una organización sanitaria compleja, burocrática y tecnificada, centrada en la eficiencia económica y vanagloriada por sus éxitos.

Habrà que recuperar la cercanía en la atención y entender mejor el sufrimiento, el dolor y los problemas personales de los pacientes/clientes, esos problemas que cuando nos los quieren contar los pasamos a la zona



ZAP, o sea, a los que nuestros mayores los acogían en su despacho, dotado de un ambiente mucho más íntimo.

Parece agorero, pero tras algunas lecturas hemos asumido la opinión de sus autores, y como ellos opinamos que no se puede aceptar que el culto a la eficiencia económica y la tecnomedicina dé lugar a lo que una de esta lectura considera una sanidad sin “rostro humano”, por eso debemos trabajar por la rehumanización del sistema sanitario, porque una sanidad sostenible está demandando algo más que financiación y eficiencia económica.

Ahora, los farmacéuticos nos encontramos con una gran ayuda, el servicio de Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD), es el servicio “estrella” de una farmacia con población envejecida, que permite hacer un seguimiento y control pues tiene, el paciente, que venir semanalmente a por la medicación, esta circunstancia nos da la oportunidad de poderles controlar la tensión, la glucosa, hablar con ellos y conocer, de forma muy cercana cuando, en su tratamiento, se introducen nuevos fármacos. En lo económico no hay problema pues lo que el paciente abona por SPD y controles de tensión y glucosa es prácticamente simbólico, o nulo, aunque nos alejemos de la recomendación que a los farmacéuticos de oficina de farmacia se nos hace, “lo que no se paga no se valora”.

Estas personas mayores, aquejadas de un deterioro leve, o no tan leve, pero que, les cuesta muchísimo aceptarlo, cuando vienen a la oficina de farmacia nos encontraremos con una persona cuya situación puede presentar:

-Pérdida de audición; parece obvio, pero será bueno recordarlo, hay que:

- . Atender al paciente en el lugar más tranquilo y silencioso de la farmacia, su zona ZAP.

- . Elevar el tono ligeramente y poco a poco, hasta darnos cuenta de que oye con un umbral razonable; de forma brusca es peor.

- . Mantener con el paciente el contacto visual (una mirada ordenada, tranquilizadora...)

- . Si el paciente intenta comprender leyendo los labios, debemos colocarnos a su mismo nivel (de pie, sentado)

-Deterioro cognitivo:

- . Preguntarle si ha entendido la explicación.

- . Anotarle, por escrito, la cadencia horaria con la que efectuará la toma de la medicación, y todos los consejos que le estamos dando para que pueda leerlos en casa.

- . Evitar el uso de un vocabulario infantil, le puede ofender.

El farmacéutico se debe mostrar siempre cercano, amable, e intentando resolver los problemas.

Todo esto con la mayor naturalidad, no adoptar posturas de bienhechor ni de maestro, eres su amigo, sujeto a secreto profesional, y él tiene la suerte de que ese amigo es un profesional farmacéutico.

-Respecto a la medicación: nos encontramos con un enfermo crónico en el que debemos otorgar gran importancia a la atención, el seguimiento y la adherencia. En estos momentos el farmacéutico cuenta con una primera ayuda, la “e-receta” que le ofrece a la farmacia muchos datos para el seguimiento, que permiten al farmacéutico conocer el plan terapéutico completo del paciente, la posología indicada, la duración del tratamiento, etc.

Una de las cosas a tener en cuenta es que las personas mayores deben suponer para sus terapeutas, médicos y farmacéuticos, un paciente que requiere una especial atención y, una parte de esa atención requiere una actuación que consume un tiempo que pasa inadvertido, es el tiempo que empleamos en hacernos cargo de todo lo que en esa persona incide y condicionará la efectividad del tratamiento, tranquilamente y sin prisa, pero totalmente concentrados en ese paciente.

El discurrir de los años, protagonista del envejecimiento, no permite establecer un acotamiento de edad ya que es un proceso que origina al individuo una serie de situaciones con escasa apariencia: cambios fisiológicos, orgánicos y sistémicos, que le abocan a sufrir episodios adversos en su salud.

Tampoco podemos establecer un patrón, puesto que las personas de edad avanzada no son susceptibles de tener las mismas posibilidades de ofrecer estos episodios adversos en su salud.

Es un mundo muy complejo donde el farmacéutico de oficina de farmacia no se encuentra nunca extraño, más bien poco reconocido; poseemos una magnífica preparación farmacocinética, por eso sabemos interpretar esas alteraciones, lo mismo nos pasa con las alteraciones farmacodinámicas, conocemos la farmacodinamia, la bioquímica; dicho lo cual, pensamos que los servicios personalizados de dosificación pueden ser un éxito para cualquier edad.

Hasta aquí es mi opinión personal, pero debemos volver al campo de mi investigación “sacar las conclusiones que nos facilitan las comunicaciones

que se ofrecen en la prensa profesional que llega al farmacéutico de oficina de farmacia”.

En 2018, encontramos publicado en la revista, *el farmacéutico*, un interesante trabajo, firmado por Goiuri Uribe Bengoa, e Irantzu Gandarias Zaragoza, titulado “Farmacoterapia en personas mayores” donde, entre otras muchas recomendaciones nos indica que existen establecidas numerosas estrategias para optimizar la terapia farmacológica en pacientes mayores, así como herramientas para facilitar la revisión periódica de su medicación de manera ordenada y sistemática y nos expone unos criterios, empezando por los más utilizados desde hacía tiempo como son los criterios Stop- Start, los criterios de Beers y unos seis criterios más para elegir y emplear. Indica que estos criterios también los emplea el médico, pero, reconocen, que la oficina de farmacia es el lugar donde el paciente se siente más libre y encuentra un espacio físico adecuado a la intimidad y generosidad en el tiempo, que el paciente desea.

Es un trabajo muy agradable de leer, ofrezco solamente un ligero resumen de su contenido pues innovar no innova, ni lo pretende; da la impresión que quiere hacernos recordar todos los conocimientos que en nuestra formación continuada hemos acopiado para refrescar nuestra farmacoterapia en personas mayores, es interesante, nos ayudaría para conseguir una “recertificación” de nuestra preparación.<sup>246</sup>

También en 2018 encontramos una publicación titulada *Uso de medicamentos en personas mayores. El papel de la farmacia en la promoción de la adherencia. International, Pharmaceutical, Federation (FIP)*, La Haya, Pises Bajos. Facultad de Medicina y Salud. Universidad de Sidney. Con el apoyo financiero de Pfizer. Traducción Alberto García de Lara (CGCOF) España.

El preámbulo nos presenta:

“El envejecimiento de la población y el consiguiente aumento del número de personas que toman múltiples medicamentos por enfermedades de larga duración crean la necesidad de desarrollar servicios específicos para mejorar la atención a nivel comunitario y la calidad de vida de los pacientes. Permitir que las personas vivan una vida más larga y con calidad, debería ser el objetivo general de todo sistema de salud. Los profesionales de la salud, los pacientes y la comunidad en general deben trabajar juntos para lograr este objetivo”.

---

<sup>246</sup> Uribe Bengoa,G,;Gandarias Zaragoza, I. 2018. “Farmacoterapia en personas mayores”. En *E/ Farmaceutico*, Nº 560, 15-mayo-2018:pags. 29-39.

“En 2003, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un informe sobre la adherencia a las terapias para pacientes con enfermedades crónicas.

El análisis de los datos recogidos en varios estudios, tanto en países desarrollados como en desarrollo, llevó a la conclusión de que la falta de adherencia a los tratamientos es una cuestión transversal, ya que alrededor del 50% de los pacientes no toman sus medicamentos según lo prescrito.”

“La Federación Internacional Farmacéutica (FIP) se ha comprometido a mejorar la salud mundial colmando las lagunas en el desarrollo, la distribución, el suministro y el uso responsable de los medicamentos. La adherencia deficiente al tratamiento en las afecciones crónicas se asocia con peores resultados de salud y mayores costes de salud. Este informe tiene como objetivo identificar y describir las intervenciones y programas farmacéuticos que conducen a mejoras en el cumplimiento de la medicación por parte de las personas mayores, y revisar la información disponible sobre su efectividad.”

“Los resultados de la revisión bibliográfica y los estudios de casos incluidos aquí muestran que los farmacéuticos pueden tener un efecto positivo en la adherencia a través de la provisión de una variedad de servicios, particularmente en el ámbito de las farmacias comunitarias. Sin embargo, también observamos que actualmente se ofrece un reembolso financiero mínimo a las farmacias para que proporcionen dichos servicios. En muchas jurisdicciones, los sistemas de remuneración son totalmente inexistentes.”

“Con el fin de garantizar la sostenibilidad de los servicios para promover la adherencia, deben existir sistemas de remuneración específicos. La inversión permitiría una mejor realización de los servicios, una mejor asignación de los recursos para los servicios y una mejor documentación de los servicios prestados y sus consecuencias para los resultados de salud de los pacientes. La asignación de recursos debe apoyar no sólo las intervenciones que generen los mejores resultados de salud posibles de acuerdo con las preferencias individuales y comunitarias, sino también aquellas que generen ventajas económicas, minimicen el desperdicio y creen nuevas oportunidades de empleo.”

La FIP cree firmemente que las intervenciones dirigidas a mejorar el cumplimiento de la terapia representan un buen retorno de la inversión. Esto está en línea con los resultados de la OMS en el citado informe, donde

concluye que “aumentar la efectividad de las inversiones para mejorar la adherencia a la terapia puede tener un impacto mucho mayor en la salud de los pacientes mayores”. “Confiamos en que esta publicación pueda inspirar aún más a los responsables políticos, las organizaciones profesionales, a las instituciones educativas y a nuestros colegas farmacéuticos para que consoliden y amplíen su papel en la mejora del cumplimiento de los tratamientos por parte de los pacientes de edad avanzada, con el fin de lograr sistemas de salud más sostenibles, vidas más largas y un mayor bienestar”. Este resumen corresponde a la exposición que hizo Carmen Peña. (presidenta de FIP) en el Preámbulo de este trabajo.

A continuación, a lo largo de 5 capítulos, encontramos información sobre:

1. Introducción. Antecedentes. Objetivos y finalidad del Informe. Ámbito de aplicación y Definiciones. Método y Estructura del Informe.
2. Adherencia y no Adherencia: una medicación en personas mayores; descripción general; una secuencia de encuestas y eventos; características de las personas de edad avanzada; características de los pacientes de edad avanzada; factor de no adherencia intencionada y no intencionada; toma de decisiones en materia de atención sanitaria.
3. Opciones para superar la no adherencia: iniciativas a nivel interés de salud, asesoramiento, educación y formación a los profesionales de la salud; asesoramiento y educación a los pacientes y sus cuidadores; descripciones generales; enfermedades específicas; asesoramiento y educación de seguimiento; el papel de los cuidadores; polifarmacia; regímenes completos y servicios farmacoterapéuticos; envasados SPD y sistemas de recordatorio.
4. Iniciativas actuales para promover la adherencia: recopilación de datos; reconocimiento y compromiso; atender las necesidades de las personas mayores; programas y servicios farmacéuticos actuales; SPD; recordatorios; dispensación escalonada; asesoramiento y prestación de servicios farmacéuticos cognitivos; formato de la adherencia en determinadas enfermedades (Alzheimer; Asma y EPOC; Enfermedades cardiovasculares; Depresión; Diabetes Mellitus tipo 2; Hipertensión; Trastornos inflamatorios; inmunomédicos; Osteoporosis) o medicamentos; formación de los farmacéuticos sobre adherencia; financiación de los servicios farmacéuticos; iniciativas en los distintos países: Australia, Bélgica, Dinamarca, Irlanda, Países Bajos, Singapur, España y Suiza.
5. Intervenciones farmacéuticas efectivas: consecuencias de esta revisión; cuestiones metodológicas en la valoración de las

intervenciones; descripción general; heterogeneidad de los posibles sujetos de investigación; relación de participantes y sesgo de la selección; heterogeneidad de las intervenciones; falta de estandarización de la medicación o clasificación de la adherencia; posibles soluciones metodológicas; formulación de intervenciones para mejorar la adherencia.

Anexo I, búsqueda bibliográfica.

Anexo II, formulario de la encuesta.

### Conclusiones:

“En general, especialmente en los ancianos, con o sin cuidador involucrado, no se ha demostrado que una sola intervención supere la no adherencia. Es evidente, sin embargo, que una buena comunicación entre el farmacéutico y el paciente reducirá la no adherencia.

Los sistemas personalizados de dosificación mecánicos y electrónicos modificados pueden ser útiles para algunos pacientes, pero no para todos.

Es probable que tengan el mayor beneficio potencial en aquellos pacientes con mala memoria y confusión asociados con la toma de medicamentos en caso de no adherencia involuntaria.

La mejora de la comunicación entre todos los que participan en la atención del paciente, junto con el aprendizaje y la enseñanza continuos, será el enfoque más gratificante y probablemente reducirá la prevalencia de la no adherencia”

Son 30 páginas fáciles de leer, y en ellas se nos muestra la inquietud e interés de estas Organizaciones. Y nos permite tener una idea de cómo se llega a 2018 en las recomendaciones que se nos hace. Y esa insistencia de la sinrazón que supone no remunerar los servicios profesionales farmacéuticos que demuestran ser eficaces en conseguir y custodiar la adherencia. Se alude al reconocimiento, en este sentido, de la OMS.<sup>247</sup>

---

<sup>247</sup> Cf. *Uso de medicamentos en personas mayores. El papel de la farmacia en la promoción de la adherencia*. 2018. *International, Pharmaceutical, Federation (FIP)*. La Haya. Países Bajos. Facultad de Medicina y Salud de Sidney. 2018. Con el apoyo de Pfizer. Traducción al español: Alberto García de Lara Canton (CGCOF). España



## 10. 1 ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL MAYOR POLIMEDICADO EN LAS OFICINAS DE FARMACIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, PARA LA MEJORA EN LA UTILIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS.

Centrémonos en qué forma se ha manifestado el interés, que desde la propia profesión, se ha materializado la formación del farmacéutico ejerciente en oficina de farmacia, ante esta situación de un paciente en su tercera edad, polimedicado y a quien vamos a ofrecer el servicio de SPD.

En el año 2006, del Colegio oficial de Farmacéuticos de Madrid, nos dieron unas sesiones formativas para la *Atención Farmacéutica al Mayor Polimedicado, para la mejora en la utilización de los medicamentos*, al final nos facilitaron unos cuadernillos extensos con toda la información que habíamos recibido; un cuadernillo pequeño que te advertía: Resumen; y unas bolsitas de papel con asa que contenía, entre otras cosas, unos programas de dos hojas para ofrecer en la oficina de farmacia, sobre atención al cliente; al ojearlos compruebas que eran complementarios, el de tamaño de media cuartilla, tenía una agradable presentación, letra de buen tamaño para su lectura, ilustraciones agradables y algunas muy instructivas. La portada ofrecía el anagrama del programa, la faz de una persona mayor masculina en la parte superior y otra de una persona mayor femenina en la parte inferior y los sellos del COFM, de la Comunidad de Madrid y anagrama de Salud Madrid, y la Comunidad esta vez bajo la expresión: La Suma de Todos.

En el espacio central indicaba *Los medicamentos ¡tómese los en serio!* Consulte a su médico, enfermera o farmacéutico. En el interior ofrecía “nosotros te podemos ayudar” y le daba una serie de recomendaciones:

- . Por cada medicamento usted debe saber...
- . Debe conocer...
- . Debe evitar...
- . ¿Puedo dejar de tomar...?
- . ¿Puedo compartir ...?
- . ¿Dónde debo guardar...?



- . ¿Cuándo debo consultar...?
- . ¿Quién puede ayudarme...?

En el reverso de la última página advierte de nuevo “consulte a su médico, enfermera o farmacéutico”.

En los folletitos pequeños la faz de las personas protagonistas comparten espacio con una esquinita de un preparador de dosificaciones, y la leyenda “le ayudamos a tomar bien sus medicamentos”.

En el interior, las fotos de unos pastilleros, para un solo día y otro para una semana. Las anotaciones indican: Es más fácil cumplir bien el tratamiento si se organizan bien las medicinas. Usted mismo puede prepararlo

1. Elija un día de la semana que esté tranquilo.
2. Coloque los envases de las medicinas sobre la mesa, pero no los saque de las cajas.
3. Tenga a mano la hoja de preparación de sus dosificaciones incluida en la carpeta. (carpeta que iba incluida en el bolso de papel que les debíamos dar)
4. Abra el compartimento del día por el que empiece a preparar la medicación y vaya colocando las unidades correspondientes al desayuno, comida, cena y al acostarse. Cierre el compartimento y pase a preparar la medicación del día siguiente, y así sucesivamente.
5. Cuando finalice guarde los envases de medicamentos y deje la caja con los medicamentos preparados en un lugar visible pero alejado de los niños.

Recuerde... tome todos los medicamentos incluidos en la hoja de preparación de sus dosificaciones incluidas en la carpeta, incluso los que no se hayan podido incluir en la caja.

En el reverso ponía, ya no tendrá dudas ¡Su salud se lo agradecerá!

Como era lo que se esperaba de nosotros, se repartió el material a los pacientes/clientes, mayores, polimedicados, que consideramos les sería útil.

Al día siguiente la oficina de farmacia llena de clientes con lo contenido en la bolsita, según el programa “ya no tendrá dudas” , pues menos mal que las tuvieron porque al leer lo que le dimos el primer día al paciente/ cliente pensó el farmacéutico, vamos bien; paso 4 “abra el compartimento.....,vaya colocando las unidades correspondientes....Cierre el compartimento y pase a preparar la medicación del día siguiente”.

Estupendo, esa operación al no indicarle condiciones de donde prepararlo, el paciente pensaría “pues en cualquier sitio”, y se pone sobre una mesa de una habitación que tiene encima un ventilador, que tiene un aire acondicionado helador, una calefacción a tope, y para esas situaciones un humidificador (que lo tiene porque lo compró en su/tu farmacia).

Que haces, si le dices que se lo preparas tú, le explicas el formato y como utilizarlo, te va a decir que sí, pues le resulta muy cómodo, pero no le puedes decir que eso tiene un precio porque ha visto en la bolsita que es facilísimo, pues piensa hacerlo él/ella. Te horroriza la escena y te dices a ti mismo, venga, gratis esta vez, pero le dejas claro que tiene un precio y que lo recuerde para la próxima vez.

Respecto a las clases presenciales que se nos ofrecían, a las que acudimos y, en ellas nos dieron los folletos con los contenidos teóricos.

En la introducción nos plantean que el aumento de esperanza de vida daría lugar a que cada día sería mayor el número de pacientes que utilizarían más de dos fármacos.

Comentaban que en Estados Unidos y Reino Unido hacía aproximadamente 12 años, para estas personas habían creado programas de revisión de fármacos en el botiquín y resultaba muy útil en pacientes con más de 75 años y que tomaban más de cuatro medicamentos. En España ya existían experiencias que mostraban la utilidad de la educación sanitaria y los organizadores semanales de medicación en mejora sanitaria.

El Gobierno de la Comunidad de Madrid se comprometía a incorporar las mejoras que proponía el Decreto 6/2006, La Consejería de Sanidad y Consumo, planteaba un marco de actuación integrador de la actividad de los profesionales sanitarios del servicio madrileño de salud y los farmacéuticos de oficina de farmacia, centrado en el paciente polimedicado.

El Programa tenía tres Objetivos:

I.-Objetivo: Detectar y resolver problemas en la utilización de los medicamentos.

Actividad: Revisión de tratamientos y revisión del uso de los medicamentos.

II.-Objetivo: Incrementar el conocimiento y mejorar las actitudes que tienen los pacientes respecto al manejo de su medicación.

Actividad: Educación sanitaria dirigida a la población.

III.- Objetivo: Mejorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes polimedicados de la Comunidad de Madrid.

Actividad: Entrega de materiales para la mejora del cumplimiento terapéutico y adiestramiento en el uso de los mismos.

El siguiente paso en la metodología de este programa se titula “Valoración del paciente” y nos indica la forma de proceder para su captación que, podrá ser en el Centro de Salud o en la oficina de farmacia donde se le entregará la “Bolsa del Programa” con la finalidad de que incluya en ella todos los productos que utiliza de forma habitual para mejorar su salud (medicamentos con/sin receta médica, fitoterapia y otras medicinas alternativas) y se le indicará que pida cita con su enfermera. La enfermera comprobará si los medicamentos que aporta el paciente coinciden con los recogidos en el historial clínico, reflejando ausencias como utilización de fármacos no prescritos; siempre la enfermera valorará el grado de conocimiento que tiene el paciente sobre su medicación para asegurar su utilización de forma correcta. También realizará una valoración cognitiva y social del paciente, hasta aquí, toda intervención de la enfermera/s. El seguimiento se considera lo puede hacer el Centro de Salud o la oficina de farmacia y se dará opción al paciente.

El paso siguiente son las “Actividades de seguimiento” y el paciente incluirá la hoja de medicación en la carpeta del programa. Los pasos son: educación sanitaria, revisión del uso de los medicamentos, entrega de materiales para la mejora del cumplimiento terapéutico...preparación del SPD en caso necesario, si se da esta necesidad se le facilita al paciente:

- “. Etiquetas adhesivas a las cajas de medicamentos
- . SPD de uso doméstico reciclable... SPD de un solo uso (blíster)”

El paciente y/o su cuidador recibirán adiestramiento para preparar el SPD de uso doméstico. El de un solo uso se preparará exclusivamente en farmacias adheridas al Programa. Es la primera vez que oímos y leemos “se preparará exclusivamente en farmacias”

En el siguiente apartado titulado “Programa de formación” se convoca a todos los profesionales sanitarios (farmacéuticos, médicos, enfermeras) para que acudieran al curso de formación inicial de 5 horas de duración a realizar en los Centros de Salud de cada Área de Salud durante el mes de septiembre de 2006, esta formación sería el requisito imprescindible para obtener la acreditación de farmacia adherida al programa y se les entregaría un distintivo consistente en una etiqueta adhesiva que debían incluir a la entrada de la farmacia. Anuncian que a lo largo del programa se organizarían cursos de profundización en “el manejo terapéutico del paciente polimedicado” a través de la Agencia Laín Entralgo precisando, eran de carácter gratuito y abierto para los profesionales sanitarios del Servicio Madrileño de Salud y las oficinas de farmacia adheridas al programa.

En el epígrafe “Coordinación entre profesionales y seguimiento”, se establecen los cauces adecuados para que entre los profesionales integrados en el programa se constituyese un foro para analizar los resultados y problemas del desarrollo del programa dotándoles de una serie de indicadores monitorizados para el seguimiento. También se esperaba crear una Comisión de Seguimiento con la participación de la Administración competente y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid.

A continuación, figuran los compromisos que aceptan todos los profesionales sanitarios responsables de colaborar en el programa donde están comprometidas las oficinas de farmacia y la Consejería de Sanidad y Consumo.

“Compromiso para todos los profesionales sanitarios: médicos, enfermeras y farmacéuticos comunitarios”.

Seguidamente nos ofrece el contenido de los tres compromisos, y nos presenta II Anexos:

En el Anexo I encontramos una división en “Figuras”, así la Figura 1 contiene la captación y valoración, y la Figura 2 las actividades del programa.

El Anexo II lo componen los “Documentos”:

Anexo II. 1: Hoja de comunicación de la farmacia con el Centro de Salud

Anexo II. 2: Hoja de registro agrupada de los pacientes incluidos en el Programa

Anexo II. 3: Documento de formalización de la adhesión de la farmacia al Programa.

A lo largo de 18 páginas facilitan toda la documentación. La página 19 nos presenta a los autores del Documento indicando nombre y labor profesional que desempeñaban. También nos indica los Consultores. Finaliza manifestando habían mantenido diversas reuniones con Sociedades Científicas y Colegios Profesionales para recoger propuestas e incorporarla al Programa.

En el reverso de la tapa del documento consta:

Edita, Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

Tirada, 3.000 ejemplares

Edición, 2006

Impresión, Consejería Sanidad y Consumo.

En el Curso se facilitó un juego de 8 folios bajo el título *Programa de atención al mayor polimedicado*. Instrucciones para solicitar el material del Programa.

Se inicia indicando al farmacéutico: Su farmacia puede realizar 3 tipos de solicitud de material, que se realizarán enviando en cada caso a la Subdirección de Compras de Farmacia y Productos Sanitarios los siguientes formularios:

1.- Material General (Formulario 1) material del que puede disponer sin tener al paciente derivado. Tiene que rellenar las casillas “cantidad solicitada” de cada producto del formulario 1.

Para solicitar el resto de material (pastilleros, blíster) se deberá tener al paciente derivado desde el Centro de Salud, con el Formulario 2 (modelo adjunto) y la hoja de medicación cumplimentada por los profesionales sanitarios; antes de continuar advierte “se hará de la siguiente manera”

2.- SPD uso doméstico- Pastillero (Formularios 2y3), la primera vez se suministrará una copia del Formulario 2 (cumplimentado por el Centro de

Salud) junto al Formulario 3 (cumplimentado por la farmacia), indicando: “si más adelante el mismo paciente necesita reponer su pastillero, será suficiente con remitir el Formulario 3”.

3.- Material para preparar el SPD Blíster (Formularios 2,3,y4), se debe solicitar este material cuando el médico, enfermera o farmacéutico consideren que este es el sistema idóneo de dosificación para el paciente. La primera vez que tenga que pedir blíster para un paciente nuevo, el Formulario 2 (cumplimentado Centro por de Salud) junto con los Formularios 3 y 4 (cumplimentados por la farmacia). Posteriormente si se solicita material para el mismo paciente será suficiente rellenar el Formulario 3.

Al rellenar el Formulario 4 la primera vez que se incorpora el paciente, se indicará marcando la casilla correspondiente si necesita un Kit completo o solamente tarjeta y blíster.

Bajo una raya que recorre lo ancho del folio indica: “Consideramos importante recordarle que para que su farmacia pueda encargarse del seguimiento de un paciente derivado, usted deberá conservar siempre la Hoja de Medicación y la Hoja de Comunicación del Centro de Salud con la oficina de Farmacia (Formulario 2) ambos debidamente cumplimentados por el Centro de Salud.

A partir de aquí se suceden 7 folios con los formularios que conforman el Programa.

. Formulario 1. Solicitud de Material General. Indica enviar por fax al nº correspondiente, o por e-mail a [proyectos.farmacia@salud.madrid.org](mailto:proyectos.farmacia@salud.madrid.org)

. Formulario 2. Hoja conexión desde el Centro de Salud con la oficina de farmacia.

. Formulario 3. Hoja de registro de pacientes incluidos en el programa (para enviar a lo indicado en formulario 1)

. Hoja de Medicación. Fecha de Emisión (como ejemplo cumplimenta una hoja con la fecha del Programa 2-06-2006)

Fecha Próxima Revisión (09-11-2006). Le advierte: pida cita una semana antes de esta fecha.

. Hoja de comunicación desde la oficina de farmacia con el Centro de Salud. Indica se puede enviar al profesional correspondiente por el medio que se estime oportuno, “no a través del paciente”.<sup>248</sup>

La siguiente sesión a la que asistimos fue el año 2008. Se titulaba *Programa de Atención al Mayor Polimedicado. Experiencia Práctica en la Farmacia Comunitaria*.

En el material que nos entregaban figuraba como autora Lucrecia Gutiérrez Muñoz. Directora Técnica de Oficina de Farmacia. Regente de Zona. Programa de Atención al Paciente Polimedicado.

Iniciaba la exposición manifestando que el objetivo primordial era mejorar la asistencia sanitaria y el seguimiento farmacoterapéutico a pacientes mayores de 75 años de edad. También en este Programa se facilitaba al paciente la Bolsa para Medicación, indicando debían depositar en ella:

- . Medicamentos con receta médica
- . Automedicación (laxantes, antitusivos, antigripales, aspirinas...)
- . Fitoterapia y otras medicinas complementarias (infusiones, vitaminas...)

En los siguientes folios (un total de 8) daba normas para atender un nuevo paciente incluido en el Programa de Atención al Mayor Polimedicado:

- . 1º Comprobar el tratamiento de la hoja de medicación que trae el paciente.
- . 2º Introducir el tratamiento en el Bot Plus, en Atención Farmacéutica, Seguimiento Farmacoterapéutico.
- . 3º Elaboración de un Sistema Personalizado de Dosificación (SPD)

Advierte que la elaboración del SPD precisa una media de 15 a 20 minutos por paciente

Elegir una hora para realizar el SPD a fin de poder trabajar sin interrupciones que pueden dar lugar a equivocaciones.

Si se realiza por primera vez hay que explicar al paciente cómo lo debe utilizar.

---

<sup>248</sup> Cf. *Programa de Atención al Mayor Polimedicado, para la mejora en la utilización de los medicamentos*. Edita: Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Tirada: 3000 ejemplares. Edición, junio 2006. Depósito legal..... Imprime: Consejería de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Servicio de Asuntos Generales. Centro Digital de Repografía.



Antes de sellar un SPD, se debe controlar que el llenado debe estar acorde a la pauta terapéutica. Anotar todas las observaciones sobre los medicamentos, que se consideren oportunas. Firmar las preparaciones. (Esta página va acompañada de ilustraciones)

Los medicamentos no incluidos en el SPD se entregarán separadamente para no confundirle, recordándole que no están incluidos.

Hay que consultar al paciente si le han realizado algún cambio en el tratamiento o si ha acudido a un nuevo especialista. Si le han cambiado algo lo retiraremos para evitar errores.

A renglón seguido encontramos tres páginas de “comentarios útiles”, te habla de que los pacientes que están en el Programa son de difícil cumplimiento, muchos viven solos, tiene movilidad reducida y a veces algún tipo de demencia e indican “esto produce una dependencia del SPD”.

Nos recuerdan que el Programa implica “una responsabilidad importante” pues la medicación del paciente depende del farmacéutico.

Recomiendan se debe potenciar la relación del farmacéutico con el Centro de Salud, con el médico y demás profesionales sanitarios.

La comunicación tiene que ser fluida para resolver dudas lo más rápidamente posible.

Farmacias Centinela.

Luego indica que hay reticencias en los Centros de Salud sobre el papel de las oficinas de farmacia.

Desconocen el valor profesional del farmacéutico y eso es lo que hace que médicos y enfermeros valoren poco su utilidad y no aprovechen el potencial que ofrece la comunicación farmacéutico-paciente (ventaja para el seguimiento farmacoterapéutico)

Debería ser un servicio más valorado debido al tiempo que se invierte y a la responsabilidad adquirida.

Es un servicio muy útil para nuestros mayores.

Extensible a otros casos: pacientes con ciertas patologías (p. ej. Esquizofrenia) o con problemas de incumplimiento en los tratamientos.

Las dos siguientes páginas se destinan a presentarnos un poster que lleva el sello del COFM y el de SEFAC y titulado *Análisis, valoración y áreas de*

*mejora del programa de Atención al Mayor Polimedicado en la realización de SPD.* Acompañado de ilustración y una gráfica (quesito), contiene: Objetivos, Material y Métodos, Resultados y Conclusiones.

En los resultados indica que se produce una media de 4'25 cambios de tratamiento anuales de pacientes. Se cometen un 0'25 % de errores en la realización del SPD. Se observa en la farmacia comunitaria una mejora en el cumplimiento del 62'5%. La media de ingresos hospitalarios evitados es de un 1'25 % al año, y en una encuesta realizada reflejó una alta satisfacción por parte de los pacientes.

En Conclusiones manifestaba: “Los resultados de este programa muestran que es eficaz mejorando el grado de cumplimiento de los pacientes.

La estadística de cambios de tratamientos revela que elevamos el número de revisiones aumentando la seguridad del paciente.

Existe escasa documentación para valorar una reducción en el número de ingresos hospitalarios.

Se crea un área de mejora para evitar errores en la realización

Los pacientes valoran satisfactoriamente este servicio y piensan que la farmacia comunitaria es el lugar adecuado para realizarlo.

La eficacia de este servicio pone de manifiesto la importancia de la intervención del farmacéutico en este programa.”

A pie del poster ponía: Lucrecia Gutiérrez Muñoz Farmacéutica Comunitaria en farmacia rural. El Boalo. Madrid.2008

En el ambiente se percibía el interés de las autoridades profesionales farmacéuticas (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, los Colegios Profesionales) para que el farmacéutico se sintiese seguro en la preparación de los SPDs a los que se consideraba necesarios y con prevalencia en el tiempo; una prueba más de esto, la tenemos cuando, también en 2008, la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Comunidad de Madrid y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid prepara un folleto de 16 páginas que en su portada va el sello y la leyenda “*Programa de Atención al Mayor Polimedicado*”, y como subtítulo: *Los medicamentos ¡tómese los en serio!; consulte a su médico, enfermero o farmacéutico.*

Seguidamente: Taller Preparación de SPD.

En el interior tenemos 3 apartados. El primero: Sistema de ayuda al cumplimiento terapéutico en el marco del programa de atención al mayor polimedicado.

Su contenido se centra en facilitar toda la información que precisa la persona que vaya a preparar los SPDs y el contenido de este punto primero cuenta con tres pilares:

- . La revisión sistemática de tratamientos.
- . La Educación Sanitaria sobre medicamentos.
- . La entrega de material para la mejora de la adhesión terapéutica.

Tras la exposición de estos tres contenidos nos introduce en el entorno real, y nos informa que a cada paciente se le realizaría una valoración integral en el Centro de Salud, para seleccionar el dispositivo más adecuado a sus necesidades y presupone que probablemente para un gran número de pacientes el sistema más adecuado lo constituiría el SPD reciclable de uso doméstico que preparará el paciente o cuidador en su domicilio. En caso contrario se informaría al paciente de la relación de farmacias adheridas al Programa para que seleccionase una; para este fin elaboraron una serie de mapas cartográficos para centrar al paciente a ver qué farmacia le interesaba. Para estas farmacias incluía la advertencia de que el paciente debía acudir a la farmacia con un documento de derivación y una copia de la hoja de medicación, cuya fotocopia le incluyen.

El resto de la información es la que tiene un contenido fijo: cada cuando se prepara, qué medicamentos se pueden incluir, como actuar con los no incluidos, etc.

Aquí nos ofrece la reproducción de una Hoja de Medicación con todos sus datos figurando “Fecha de emisión: 2/06/06” y al final: “Fecha de próxima revisión: 9/11/2006”, Es el mismo documento que ya nos habían facilitado.

## 2. Procedimiento de preparación del SPD tipo blíster.

A lo largo de dos hojas y media con 14 ilustraciones a todo color de una calidad muy buena, va conduciendo, casi de la mano, paso por paso, al preparador. Nos recuerda que la responsabilidad de preparación del blíster recaerá sobre el farmacéutico, siendo conveniente que posteriormente, inspeccione el blíster una persona diferente a la que lo ha preparado.

### 3. Consideraciones de los farmacéuticos a incluir en el SPD.

Aquí se nos repite que vamos a reacondicionar un medicamento con un principio activo que en su acondicionamiento primario se tuvo en cuenta todas sus particularidades; por eso nos indica que la USP 24 (la entonces última) refería unas especificaciones de los envases para la dispensación de cápsulas y comprimidos, según los principios activos:

- . Hermético (H)
- . Bien cerrado (BC)
- . Resistente a la luz (RL)

Seguidamente proporciona un material esencial para facilitar ahorro de tiempo al farmacéutico. En 16 páginas nos prepara unos cuadros en los que facilita, primero principio activo: 66 principios activos, desde la Acetalozamida a las vitaminas liposolubles: A, D2, D3, E, K1, K3, en la columna izquierda y las especificaciones propias del envase correspondiente en la columna derecha.

En las siguientes páginas la agrupación va por patologías y aquí las columnas corresponden: Principio activo. Comprimidos. Cápsulas. Especificaciones de envase. Acción Farmacológica.

Inicia la relación:

Patología Cardiovascular, con la descripción de 15 principios activos.  
Patología Dermatológica, 2 principios activos.

Patología Digestiva, 8 principios activos.

Patología Hematológica, 1 principio activo.

Patología Infecciosa, 7 principios activos.

Patología Metabólica y Endocrina, 5 principios activos.

Patología Musculoesquelética, 5 principios activos.

Patología Neurológica, 6 principios activos.

Patología Oftalmológica y Otorrina, 2 principios activos.

Patología Respiratoria, 1 principio activo.

Salud Mental, 3 principios activos.

Grandes Síndromes: cuidados paliativos en el paciente terminal, 6 principios activos

Grandes Síndromes: Nutricionales, 3 principios activos.

Seguidamente incluyen la lista de No Se Podrán Incluir en el SPD.

Concluyendo con la correspondiente Bibliografía.<sup>249</sup>

Este documento que acabamos de presentar es el más didáctico, sencillo y útil que hemos encontrado a fecha de hoy (febrero 2019) considerando, además, la fecha en la que fue realizado.

EL día 29 de junio de 2018, convocado por el Centro de Farmacovigilancia; Sd. Gral. de Control Farmacéutico y PS; Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios; Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, se celebró una Jornada para Farmacéuticos de Oficina de Farmacia, dentro del Programa de Atención al Mayor Polimedicado, bajo el título *Seguridad de los medicamentos: Reacciones Adversas a Medicamentos*.

Fue una sesión teórica y para apoyo se dio a los asistentes un cuadernillo de 19 folios apaisados en cuya base (de cada uno) figuraba la autora Amparo Gil López-Oliva, Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid.

Se inicia el contenido con la transcripción de un “Informe elaborado por la Comisión Europea” en el año 2008 donde nos indica que el 5% de los ingresos hospitalarios fue debido a la reacción adversa a un medicamento (RAM).

Esta era la quinta causa más frecuente de muerte entre los ingresos hospitalarios, con casi 200.000 pacientes fallecidos anualmente en Europa y un coste de 80.000.000 de euros.

La farmacovigilancia –seguimiento y evaluación de la seguridad de los fármacos y la difusión eficaz de los conocimientos en este campo- era, por tanto, una actividad esencial por contribuir al bien estar del paciente y a mejorar la salud pública.

Seguidamente entramos en la definición de RAM, según el Real Decreto 577/2013 “Cualquier respuesta nociva y no intencionada a un medicamento.”

Continúa con un gráfico que engloba tres situaciones, el folio se titula “Seguridad”, y en el primero de los globos aparece RAM y convergiendo a su derecha con el segundo globo: Calidad, Impurezas, Contaminación, Etiquetado; y en su parte inferior con el tercer globo: EM prescripción:

---

<sup>249</sup> Cf. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios Comunidad de Madrid. Colegio Oficial de Farmacéuticos, Madrid. 2008. *Programa de Atención al Mayor Polimedicado*. Taller Preparación de SPD. Formación al farmacéutico. Madrid, 2008.

medicamento, dosis o duración inadecuada, Dispensación, Administración, Uso.

La siguiente información que nos ofrece sobre RAM se basa, también, en el contenido del Real Decreto 577/2013 de 26 de julio por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano: *“Fallo no intencionado en el proceso de prescripción, dispensación o administración de un medicamento bajo el control del profesional sanitario o del ciudadano que consume el medicamento. Los errores de medicación que ocasionen daño en el paciente se considerarán reacciones adversas, excepto aquellos derivados del fallo terapéutico por omisión de un tratamiento”*.

Como errores de medicación se nos presenta otro gráfico, de estructura similar al anterior, cuyo globo principal indicando: Potenciales. No potenciales. Sin daño. Y convergiendo en la parte inferior: Con daño. RAM.

El nuevo folio va encabezado, “En mayores” ... ofreciéndonos renglones breves con datos y la cita bibliográfica. Comienza con el dato de porcentaje en ingresos hospitalarios tomado de una publicación del año 2002.

Citando seguidamente, una información del año 2006 nos indica que el 33% de mayores frágiles dados de alta en un hospital “presentarán” un RAM en el año siguiente

La siguiente información también procede del año 2006, pero de distinta fuente, es la información de que el 51% de las RAM hospitalarias en el alta indicaba que sí habían sido graves. La frecuencia de represcripción de un fármaco implicado en una RAM era del 27% en los 6 meses siguientes al alta hospitalaria.

Retrocediendo en el tiempo, la información siguiente procede de una publicación de 2003 e indica que se relacionaban con el riesgo de RAM:

- . Número de medicamentos: incremento de riesgo de un 15% por cada fármaco añadido.

- . Comorbilidad.

La siguiente cuestión versó sobre Diagnóstico de una Reacción Adversa:

- . El mismo síndrome clínico puede ser producido por causas no farmacológicas y por una gran variedad de fármacos.
- . El mismo fármaco puede producir una variedad de eventos clínicos o de síndromes.
- . En un paciente es a menudo imposible probar el papel causal del fármaco sospechoso.

El siguiente paso es “Seguridad vs Riesgo” y nos informa de que para que las Autoridades aprueben la comercialización de un medicamento es necesario demostrar que es seguro y eficaz.

La “Relación Beneficio/ Riesgo”, se nos presenta con gráfico en el que aparece una gran balanza y sus platillos a la misma altura, uno pintado de verde y otro de rojo y en el comentario nos advierte:

- . Ningún fármaco es completamente seguro
- . Un fármaco es seguro si su riesgo es aceptable
- . Seguridad Preautorización:
- . Limitaciones de los Ensayos Clínicos
- . Pocos individuos expuestos, poder insuficiente para detectar RAM raras (<1:1000)
- . Poblaciones más representadas: ancianos, niños, mujeres.
- . Duración limitada de la exposición y del seguimiento.
- . Condiciones de uso alejadas de la práctica habitual: estrecha monitorización, ausencia de comorbilidad, ausencia de politerapia.
- . Definición de la población mediante parámetros estrictos.

La siguiente información se centra en Ancianos vs Adultos:

- . Extrapolación de resultados en población más joven (dosis inadecuadas), periodos cortos de seguimiento, sin comorbilidad ni politerapia.
- . Politerapia y tratamientos crónicos (interacciones, RAM de latencia larga)
- . Cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos dependientes de la edad, que los puede controlar la oficina de farmacia.
- . Síntomas inespecíficos que se confunden con manifestaciones nuevas de una enfermedad en vez de con una RAM.

Motivos de mala adherencia al tratamiento intencionada.



- . Considerar medicación excesiva
- . Presencia de RAM
- . Falta de evidencia subjetiva de mejoría
- . Sensación de curar
- . Considerar que la medicación que se recibe es escasa

Recogiendo la información de una publicación del año 1993, nos indica que en ancianos el incumplimiento intencionado puede suponer el 75% del global.

RAM en ancianos: Síntomas más frecuentes. Los datos, indica están tomados de una publicación del año 2005 “(Cox L. *Journal of Gerontological Nursing* 2005;31:32-42)

- |             |   |
|-------------|---|
| . Confusión | . Molestias digestivas                  |
| . Delirio   | . Erupción cutánea                      |
| . Depresión | . Cambio frecuencia urinaria .Urgencia. |
| . Mareo     |   |
| . Caídas    |   |
| . Cansancio |   |

Factores de riesgo de RAM en ancianos en la comunicación (aquí la bibliografía data del año 2003 “Haijar ER. *The American Journal of Geriatric Pharmctherapy* 2003,1:82-9)

- |                    |                                   |
|--------------------|-----------------------------------|
| Medicamentos       | Características del paciente      |
| . Opiáceos         | . Polimedicación                  |
| . Anticoagulantes  | . Múltiples enfermedades crónicas |
| . AINE             | . RAM previa                      |
| . Anticolinérgicos | . Demencia                        |
| . Benzodiacepinas  |                                   |

El siguiente contenido nos indica: Pensar en los Medicamentos

- . Como causa de nuevos síntomas
- . Como causa de incumplimiento terapéutico
- . Si se sospecha RAM
  - Comunicarlo a su médico
  - Valorar la notificación al Centro de Farmacovigilancia.

Seguidamente se ofrece: Casos Clínicos. ¿Qué notificar? El primer caso: Matrimonio de Pacientes, a dos columnas, paciente varón columna izquierda, paciente mujer columna derecha.

Polimedicados:

el varón, 82 años

Mujer 80 años

AP: Úlcera duodenal.

AP Fx de cadera prótesis

Enf.Actuales:HTA, DM,  
insomnio  
f.a.,depesión.  
memoria

Artrosis de rodilla  
Enf.Actuales:HTA,  
Pérdida de

Ttº actual:

Ttº actual:

Omeprazol

Calcio

Paracetamol

Enalapril

Alendronato

Metformina

Enalapril;

Paracetamol

Digoxina;

Sintrom Ibuprofeno a demanda

“El marido acude al médico por fiebre, tos, expectoración amarillenta. Le prescribe amoxicilina 500mg./ 8 horas, que recoge ese mismo día en la farmacia.

A los 4 días acude a recoger medicación de su mujer, y manifiesta que desde el inicio de ese tratamiento antibiótico se encuentra mareado y a veces se ha sentido desorientado. Hablando con él se enteraron de que además indica que está tomando un jarabe para la tos que tenía en casa y que le recomendaron en otra ocasión.

Al preguntarle por su mujer, que habitualmente le acompaña, dice que no ha salido porque desde el día anterior tiene náuseas y vómitos”

. En la información siguiente, no constaba composición del jarabe ni la solución del caso.

La documentación que hemos comentado se nos ha presentado en hojas que por tamaño y estructura se ve, claramente, son diapositivas utilizadas en una conferencia, clase teórica, u otra situación, además, típico en estos documentos, todas llevan a pie de página: Amparo Gil López-Oliva. Centro de Farmacovigilancia de la comunidad de Madrid.

A partir de aquí, la información sigue siendo de diapositivas, pero cambia el color que acompañaba el pie de página, en el que sigue figurando Amparo Gil.

El nuevo caso indica es una mujer de 70 años que viene a la farmacia después de mucho tiempo. Les comenta que ha estado ingresada por un trombo en el pulmón y en el hospital le habían dicho que podría estar relacionado con la medicación para los huesos, Optruma (raloxifeno).

Tras esto, ofrecieron: Evaluación del caso y, planteaban 6 preguntas de respuesta SI o NO.

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. ¿Secuencia temporal coherente?                                 | Si | No |
| 2. ¿Hay causas alternativas?                                      | Si | No |
| 3. ¿Es una sospecha RAM?  | Si | No |
| 4. ¿Es grave?   | Si | No |
| 5. ¿Es medicamento de especial seguimiento? (con triángulo negro) | Si | No |
| 6. ¿Es notificable?   | Si | No |

¿Qué notificar?

- . Sospechas de reacciones adversas a medicamentos
- . Preferentemente todas las asociaciones a medicamentos de especial seguimiento (triángulo negro)
- . Todas las graves
- . Todas las desconocidas
- . No dejar de notificar por no disponer de información completa

¿Cómo notificar?

Remiten a <https://www.notificaram.es> Notificaciones de Sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos.

¡Bienvenido al Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de uso Humano!

Y ofrece dos casillas: Notificación de Ciudadano; Notificación de Profesional Sanitario.

Facilitan todos los modelos donde nos indican cómo debemos actuar para rellenar las informaciones.

En la página <https://seguridad medicamento.sanidadmadrid.org>; indica nos permite realizar un enfoque global de la seguridad, integrando las actividades de farmacovigilancia con la notificación y gestión de errores de medicación.

Finalizada esta información va firmada por Amparo Gil

Seguidamente incluyen otra información titulada *Una Farmacia más segura*.

Una Farmacia más segura:

La seguridad de los pacientes, nos dice, es una línea estratégica de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Por eso para vigilar los riesgos con los medicamentos, la Consejería cuenta con todos los profesionales sanitarios que trabajan en la Comunidad, y muy especialmente con las Unidades Fundacionales para la gestión de riesgos y los farmacéuticos de la Red de Farmacias Centinela.

Completaba la información un gráfico de Notificaciones de sRAM de OF Madrid, destacando el año 2008 con 104 notificaciones y a día 20 de junio de 2018 eran 25 notificaciones.

Seguidamente la documentación facilitada era las

Conclusiones:

- . La seguridad de los medicamentos se establece para condiciones concretas de uso.
- . En los ancianos polimedicados la información sobre seguridad de los medicamentos es menor que en los adultos.
- . La evaluación de la seguridad de los medicamentos es un proceso dinámico y continuo.
- . Ante cualquier nuevo síntoma que aparece en un paciente anciano polimedicado se debe pensar en la medicación como posible causa.
- . Los farmacéuticos de oficina de farmacia, como el resto de los profesionales sanitarios que están en contacto directo con los pacientes, son clave en el uso seguro de los medicamentos:

Favoreciendo que se tomen las medidas adecuadas para disminuir los riesgos ya conocidos.

Mejorando la comunicación entre pacientes y profesionales sanitarios.

Identificando y notificando posibles RAM.

“Para Contactar con nosotros....

Se facilitaron los contactos:

Del Centro de Farmacovigilancia Madrid; S.G. de Inspección y Ordenación Farmacéutica; Dirección General de Inspección y Ordenación; facilitando, dirección postal, teléfono, correo electrónico. <https://www.comunidad.madrid/doc/bram/bol-ram-2007-septiembre> y en Google el portal de salud de la Comunidad de Madrid.”

A los asistentes se nos extendió y envió el correspondiente Diploma.

(<https://www.comunidad.madrid/doc/bram/bol-ram-2007-septiembre>)<sup>250</sup>

Ante esta exposición no podemos dejar de comentar que en un trabajo de 2018, la fecha de los casos prácticos y ejemplos esté en la banda año 2003/2008, y en la dirección de la información on line figure septiembre de 2007, es un detalle.

Solamente en un gráfico de columnas que indica “Notificaciones de sRAM de OF-Madrid” los datos que ofrece van en coordenadas con los Casos, con niveles de 0 a 120, y Años de 2007 a “hoy, 20/06/2018”.

## **10.2. APROXIMACIÓN A LAS ESCALAS DE VALORES QUE AYUDAN AL EQUIPO DE GERIATRÍA A VALORAR LAS CAPACIDADES DEL PACIENTE**

El anciano por su mera condición de anciano necesita y merece una atención de varios profesionales que deben navegar en las aguas de lo científico-profesional y de lo humanitario.

Generalmente el anciano, llega a la oficina de farmacia tras una evaluación funcional que depende totalmente del equipo de geriatría al que ha sido asignado. Este estudio general que le realizarán, condicionará el diseño íntegro de su tratamiento y de los planes de cuidados adaptados a las particularidades del paciente.

---

<sup>250</sup> Cf. *Programa de Atención al Mayor Polimedicado Jornada para Farmacéuticos de Oficina de Farmacia*. 29 de junio de 2018.

Hoy día existen escalas de valoración que ayudan al equipo de geriatría a valorar las capacidades del paciente, tan necesario para adecuarle su tratamiento. Estos estudios aunque se realizaron hace años siguen siendo válidos y muy útiles, así leyendo la literatura específica para estos temas, encontramos varios índices que dan luz a necesidades diversas.

- . Índice de Katz, ideado en 1958, que evalúa el grado de dependencia/independencia, utilizando las respuestas a funciones básicas.

- . Índice Barthel o índice de discapacidad de Maryland, de 1955, que valora la evolución de las discapacidades que provocan procesos neuromusculares y músculo- esqueléticos.

- . Índice de la Cruz Roja, español, 1972. Sus escalas son para medir capacidades físicas (EFCR) y mentales (EMCR).

Los estudios especializados en este tema nos indican, sin detrimento de otras escalas más actuales, la escala más utilizada en España es de Lawton Brody, publicada en 1969. Esta escala permite estudiar y analizar no sólo la puntuación global sino, también, cada uno de los ítem; por tanto sirve, sobre todo, a nivel de consulta y de hospital de día.<sup>251</sup>

Desde el primer momento, cuando iniciamos la tutela de su tratamiento a un paciente, nosotros también tenemos que conocer cómo responderá al mismo y, le someteremos a los test habituales, reiterativamente citados por nosotros y de las que evitaremos a los que son clientes/pacientes habituales pues ya lo superaron en su momento. También, con la experiencia, nosotros sabemos qué test, o cuantos, necesitamos utilizar para conocer, aproximadamente, aquí la certeza es muy relativa, la idiosincrasia de cada paciente.

Las personas responsables de los ancianos también participarán en su correspondiente rueda de preguntas y le informaremos las actuaciones que debe asumir; en la figura del cuidador conculcaremos un sentido de responsabilidad y de compromiso para que el tratamiento se ajuste a la pauta marcada por el prescriptor y en indicarle debe manifestar al farmacéutico o al médico, a la mayor celeridad, cualquier situación que considere anómala.

---

<sup>251</sup> Trigas-Ferrin, María; Ferreira-González, Lucia; Muguia-Mendez, Hector. 2011. "Escala de valoración funcional en el anciano". En Galicia Clínica. 2011, 72(1):11-16. Sociedad Gallega de Medicina Interna (SOGAMI).

Estas personas son una de las prioridades para los servicios que abarca la Atención Farmacéutica (AF). El farmacéutico ante la AF debe ser dúctil y maleable y así, en el caso de las personas mayores les ayudará, para adaptar su actividad al ritmo de sus necesidades. Estas personas con pluripatologías y, consecuentemente, polimedicados, normalmente con tomas superiores a cinco medicamentos, no sólo deberemos centrar la atención en su farmacoterapia sino que fomentaremos en ellos, estilos de vida, con ejercicios físicos, ayudándoles con indicaciones nutricionales más adecuadas a su situación patológica, longevidad y otras condiciones.

En nuestro caso centramos la curiosidad en la prestación de uno de los servicios que la oficina de farmacia puede y debe ofrecer a cualquiera de sus pacientes/clientes como es: la detección de prescripciones potencialmente inadecuadas pues lo considerábamos muy útil y poco factible y además contábamos para nuestro estudio con el inestimable apoyo de la Tesis Doctoral que en 2016 realizó Otón Bellver Monzó, titulada *Detecciones de prescripciones potencialmente inadecuadas en pacientes ancianos polimedicados: intervención y seguimiento del farmacéutico comunitario*.

Este seguimiento de prescripciones potencialmente inadecuadas, que sí suponen un riesgo grande en cualquier paciente, en el anciano todo resulta exponencialmente más peligroso. Cuando se detecta esta situación se debe intentar confirmarlo y siempre remitir a su médico de cabecera.

El problema de los ancianos es que no son suficientemente proactivos en la adopción de estilos de vida saludable, excepto el peso, que interesa tanto a hombres como a mujeres.

Para enfocar mejor nuestras recomendaciones, debemos conocer de su propia mano su plan de vida, por eso son tan útiles los test de nuestra primera entrevista con el paciente; al tratar el sobre peso, si lo tuviese, lo relacionaremos a sedentarismo y preguntaremos si realiza algún ejercicio físico, partiendo de lo recomendado por el fisioterapeuta o al menos, le intentaremos convencer de que camine. Nosotros podemos ayudar, y de hecho lo hacemos, rebatiendo con amabilidad sus motivos: imposibilidad, falta de tiempo, falta de motivación. Nuestro interés sobre el sedentarismo también radica por el problema del estreñimiento en el que también incide la incorrecta ingesta de líquidos y tal vez algún medicamento: pero, de



todas formas nos interesaremos más por la frecuencia de las deposiciones y el aspecto de las mismas.

También nos interesa el hábito tabáquico, menos mal que actualmente se encuentran muchos exfumadores.

Al igual que con el ejercicio físico, pasaremos a actuar en el seguimiento hídrico básico (2 litros de líquidos al día, preferentemente agua, zumos, infusiones), que intentaremos ajustar a las posibilidades y necesidades individualmente de cada paciente.

Además, ante nuestras recomendaciones, la farmacia debe tener productos para ofrecerles en caso de que las hayan aceptado, debemos pues estar provistos desde los complementos nutricionales a productos de dermofarmacia específicos ya que presentan una piel más seca, que ha perdido colágeno y elastina; estamos hablando de productos que generalmente no demandan, por propia iniciativa, pero que acepta tras nuestro consejo. Uno de los servicios profesionales que debe ofrecer el farmacéutico es todo lo que sabe de dermatología, pues los problemas dermatológicos a parte de lo que suponen como problema, tienen un impacto emocional en los pacientes.

En el anciano, los cambios farmacocinéticos influyen en su estado y debemos estar pendientes de su reacción ante los cambios de medicación pues el envejecimiento afecta a distintas etapas:

- . Absorción: La mucosa del anciano no tiene una estructura muy diferente y por eso la absorción vía oral no difiere mucho con la de una persona joven, la variación se produce en la mucosa gástrica ( pH, flujo sanguíneo..) que afecta la absorción.

- . Distribución: Los pacientes ancianos tienen diferencias en la proporción de agua y lípidos en el organismo (respecto a un paciente joven). Se producen cambios en la masa corporal y disminuye la concentración de albúmina plasmática y agua corporal aumentando la masa grasa. Todo se tendrá en cuenta para intuir cómo será el comportamiento de ese organismo.

- . Metabolismo: Se produce a nivel hipostático principalmente y la función hepática se reduce a partir de los 40 años progresivamente en 1% anualmente.

. Excreción: La eliminación de los fármacos se realiza principalmente vía renal.

La adherencia a los tratamientos es un grave problema en el anciano, aquí el médico a más de simplificar la pauta terapéutica, suele recomendar un SPD, para favorecer la adhesión.

Encontraremos situaciones de desprescripción que están bajo la decisión del prescriptor.

En lo que sí ayuda el farmacéutico de oficina de farmacia es en la revisión farmacoterapéutica, se pueden dirimir los errores en la medicación (caso de que existan) e incluso la aparición de prescripciones inapropiadas (PI).

Este servicio está muy desarrollado en los países anglosajones tanto en el entorno hospitalario como en primaria.

En España el servicio de revisión de medicamentos no se acaba de implantar como tal, más bien como una parte del seguimiento farmacoterapéutico.

En la Tesis Doctoral de Otón Bellver centraremos nuestra obtención de información.

En la presentación de su trabajo indica que las prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI) se pueden considerar como una de las principales causas de aparición de problemas relacionados con la medicación (PRM) que imposibilitan conseguir los resultados terapéuticos buscados y responsables de la aparición de numerosos efectos adversos, sobre todo en ancianos. Pese a que este problema se halla ampliamente abordado en atención hospitalaria y sociosanitaria, los estudios en farmacia comunitaria son escasos.

Por este motivo se diseñó un estudio descriptivo en pacientes de su propia farmacia que asumió el papel de farmacia comunitaria piloto, establecida en la ciudad de Valencia, titular de la farmacia Otón Bellver-Monzón, con pacientes propios, voluntarios y, esta investigación constituyó su Trabajo Doctoral.

El objetivo principal fue mejorar la farmacoterapia de pacientes, crónicos, mayores de 65 años y que consumían cinco o más medicamentos, durante seis meses.

El cálculo previo de pacientes partió de 156 pacientes disponibles, de los que tras la corrección y ajuste partieron de una población de 106 que cumplían los criterios, pero de ellos solo 97 pacientes fueron ofertados. La muestra quedó, finalmente en 88 pues 9 fueron rechazados; de todas formas el estudio se realizó sobre 77 pacientes pues 11 habían abandonado.

A cada paciente se le realizó un estudio antropométrico: edad; sexo; índice de masa corporal (IMC) y de salud: tabaquismo; estreñimiento; colon mediante escala EVA visual; ejercicio físico adaptado; e índice de masa corporal mediante calculadora informática de la Federación Española de Nutrición.

Para obtener el perfil farmacoterapéutico se utilizó la metodología tipo DÁDER del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF), problemas de salud, medicamentos, posología, grado de uso y conocimiento. Se evaluó la Adherencia combinando los test de Morinsky- Green y Haynes-Sacket.

Mediante el software CheckteMeds, programa asistencial profesional para la revisión de tratamientos, que cuenta con el aval de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y con acreditación WIS ( Web de interés sanitario) y WMA (Web médica acreditada), se realizó un cribado de PPI, así como otros PRM e interacciones clínicas significativas.

Se analizó la prevalencia de PPI según sección, grupo terapéutico, principio activo y clasificación internacional de enfermedades (CIE).

Una vez confirmados, (descartados errores administrativos) los PPI podían generar una o varias intervenciones farmacéuticas (IF) que podían requerir desviación externa al médico de cabecera. Se detectó falta de adherencia a los tratamientos en un 52'0 %.

Realizaron un estudio económico de la implantación del servicio y una evaluación económica de posible ahorro a SNS de los PPI evitados.

Para la evaluación utilizaron:

Tiempo medio de visita.

Coste hora trabajada del farmacéutico (incluida SS), según convenio marco vigente (ellos lo hicieron según las normas en Valencia).

Coste estimado de material mínimo necesario (Folios de imprimir informes, por ejemplo) para 100.

Coste suscripción anual de software ChecktheMeds.

No se tuvo en cuenta el coste de la conexión a Internet, software de gestión por que se consideró imprescindible para una oficina de farmacia; tampoco costes generales por servicios profesionales internos (SPF).

El tiempo medio por visita fue de 38 minutos. El coste por hora del farmacéutico de 17'57 euros. El coste de material para 100 pacientes 163'46 euros. Esta evaluación arrojó un coste por paciente de 21'86 euros.

Mediante la IF se evitaron 19 derivaciones al médico de AP. Esto suponía una estimación de ahorro de 6'57 euros ahorrados por paciente y 506'16 euros en total.

La encuesta de satisfacción fue completada por 72 pacientes lo que supuso un 93'5 % del total; la mayoría de los pacientes consideraron la IF sencilla (88%) y útil (64%). También consideraron resueltas sus dudas un 83'0% de los pacientes y un 63'0% manifestaron lo recomendarían a otros pacientes; un 58'0% de los pacientes consideraban que la revisión debería ser conjunta médico-farmacéutico y sólo un 3'0% recordaban haber participado en una reunión similar en un Centro de Salud.

Un 42'0% de los pacientes, cuando les preguntaron cuanto estarían dispuestos a pagar por servicio, respondieron estarían dispuestos a pagar: un 47'0% pagaría máximo 10 euros; sólo 11% pagaría 20 euros o más.

En la Discusión de la Tesis se manifestó que en España hasta 2010 se publicaron 22 estudios sobre prevalencia de PPI de acuerdo a criterios STOP- STAR (14); una revisión en Pubmed había revelado que pese a que la realización de estudios continúa, los relacionados con farmacia comunitaria seguía siendo escaso (unos 15, 16), una de las principales limitaciones de este estudio es el tamaño de la muestra, destacaban que la población que se pudo estudiar fue pequeña (106 pacientes) y los criterios de inclusión rigurosos se consiguió ofertar el estudio de 97 pacientes, lo iniciaron 88 y lo finalizaron 77, lo que la convierte en una muestra representativa, pero sin alcanzar la significación buscada.

En cuanto a los grupos terapéuticos más prescritos fueron: aparato cardiovascular, sistema nervioso central y tracto alimentario, copando más

de 70 % de las prescripciones, y los 5 principios activos más prescritos: omeprazol (6'6%), paracetamol (6'3%). Hidroclorotiazida (5'7%), atorvastatina (4'3%), y ácido acetilsalicílico (3'1%)

Los principales resultados arrojaron una prevalencia de PPI en el 33'0% de las prescripciones crónicas, y los criterios STAR un 7'0% de esta y los STOP se ajustaron a un 26% sobre el total de estas prescripciones, siendo la sección A de los criterios STOP la mayoría, donde se incluyen las duplicidades terapéuticas y los fármacos prescritos sin indicación basada en la evidencia clínica, es un claro marcador de mala calidad en la prescripción

Los PPI habituales fue el uso prolongado de BZD (benzodiacepinas), más de cuatro semanas sin indicación terapéutica. Hubo una prevalencia baja de criterios STAR probablemente, relacionado con la imposibilidad de acudir a la historia clínica del paciente y consultar valores que pudieran orientar hacia los mismos.

En las conclusiones apuntó, a modo de resumen que se podía concluir, que una revisión sistemática protocolizada con el médico y la participación activa de pacientes, sobre los PPI, mejoraría la farmacoterapia.

Este Trabajo Doctoral recibió el Premio Francisco Martínez Romero en Farmacia Comunitaria, 2016-2017, en su primera edición, promovido por (SEFAC), con la colaboración del Instituto de Formación Cofares (IFC).

Como curiosidad destacamos su manifestación: “Se utiliza la nomenclatura visita y no cita porque pensamos que refleja mejor el día adía de la farmacia comunitaria”.

Para realizar los cálculos de costes indica: “coste estimado de la visita 1ª”

$CEV = (t \cdot Ch) + Cm + SCh$

Donde t= Tiempo total en horas

Cm= Coste del material

Ch= Coste hora trabajada

SCh= Suscripción anual Checkthemeds

Calculo por paciente según sus datos fue: coste aproximado para la farmacia de 21'82 euros por paciente.

El ahorro estimado por evitar visitas de continuidad al SNS lo obtuvo aplicando la siguiente fórmula:

$ALV = nC_{vc}$  de donde  $n = n^{\circ}$  de intervenciones que evitaron visita a AP

$C_{vc}$  = coste visita de continuación en AP

De donde resultó: el haber evitado 19 intervenciones

$ALV = 19 \cdot 26'64 = 506'16$ , cada paciente su ahorro medio fue de 6'57

Los valores que se tomaron para tasas, salarios y demás productos sometidos a tarifa, fue de acuerdo con lo marcado por la Comunidad Valenciana en enero de 2015.<sup>252</sup>

El resultado de estos estudios ayuda, sin duda, a que cuando a través del seguimiento fármaco-terapéutico de los pacientes incluidos en el servicio de SPDs de tu farmacia observes un resultado problemático deduzcas que puede existir una prescripción inadecuada.

### **10.3 APROXIMACIÓN A LA DISPENSACIÓN ACTIVA AL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO EN LA COMUNIDAD DE MADRID.**

El 2005 la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, facilitaron a las oficinas de farmacia un documento titulado *Acuerdo sobre Dispensación Activa al anciano institucionalizado, suscrito por la Dirección General de Farmacia de la Comunidad de Madrid y el Colegio Farmacéutico de Madrid*.

En la Introducción manifestaban que el 9,5% de la población mayor de 75 años, de la Comunidad de Madrid, vivía en residencias de personas mayores. Este colectivo, indicaban, se caracterizaba por una alta utilización de medicamentos, lo constituían personas válidas y personas asistidas,

---

<sup>252</sup> Bellver Monzó, Otón. 2016. *Detección de prescripciones potencialmente inadecuadas en pacientes ancianos polimedicados. Intervención y seguimiento del farmacéutico comunitario*. Tesis Doctoral. Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Farmacia. Universidad CEU Cardenal Herrera. Valencia. 2016-

necesitando acciones coordinadas entre los distintos agentes sanitarios para promover una adecuada asistencia. En cuanto al servicio farmacéutico a través de oficina de farmacia, indicaban, permite la utilización potencial de una amplia red de establecimientos sanitarios y de profesionales cuya actuación permitirá mejorar la calidad en la atención a los pacientes asistidos en residencias.

El documento que presentaban era fruto del compromiso adquirido en el Concierto entre la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y el Colegio de Farmacéuticos de Madrid, para instar a la Comisión Ejecutiva a establecer unas normas que regirían la dispensación a los pacientes atendidos en las residencias de personas mayores.

El marco de actuación de este proyecto era la totalidad de residencias establecidas en la Comunidad de Madrid. No obstante, dada la complejidad y particularidades propias de cada residencia, el proyecto requería una implantación progresiva en distintas fases. En una primera fase el proyecto se aplicaría a residencias con menos de 50 plazas.

Seguidamente informa:

1.- Servicios Farmacéuticos.

. Las oficinas de farmacia que iban a realizar la dispensación, prestarían una serie de servicios farmacéuticos de acuerdo con protocolos de trabajo.

. Los requisitos necesarios eran:

-Información previa de la Consejería a las residencias, de las características de la prestación farmacéuticos.

-La oficina expresara en un documento su conformidad a lo dispuesto en el programa de dispensación activa al anciano, a prestar a los pacientes de la residencia.

- Los servicios deberían ser acordados con el responsable de la residencia, y este documento sería remitido a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios y al Colegio Oficial de Farmacéuticos.

-El compromiso formal del titular de la oficina de farmacia y del farmacéutico responsable de la asistencia (caso de no coincidir) de prestar los servicios en los términos y condiciones que se establezcan.



-La presentación de la receta médica oficial del Sistema Nacional de Salud, sin la cual no se podrá proceder a la dispensación y a prestar los servicios sucesivos.

Los servicios que se presten a las residencias serán los siguientes:

1.1.- Instauración de Sistemas Personalizados de Dosificación.

Te incluye las normas de preparación del SPD, pero haciendo en toda alusión a la residencia, así indica que el SPD se podrá realizar en la farmacia o en ella.

1.2.- Información del medicamento al personal de la Residencia.

2.- Requisitos técnicos y profesionales.

3.- Coordinación con el equipo asistencial

4.- Procedimiento y condiciones para la prestación de los servicios farmacéuticos.

5.- Compromiso del farmacéutico.

El compromiso, dicen, se concretará en el documento firmado anteriormente que constaría de cuatro originales destinados a la Dirección General, al Colegio, a la Residencia y al farmacéutico.

Documento que deberá recoger:

Datos de la Residencia:

. Médico o médicos responsables de la prescripción y Centro de Salud al que pertenecen

-Nombre del Director Técnico Farmacéutico responsable de los servicios ofertados y de los farmacéuticos que colaboren.

. Descripción servicio ofertados

. Nombre persona o personas responsables preparación SPD

. Condiciones técnicas y sistema de acondicionamiento utilizado para los SPD.

5.1 . Consentimiento informado del paciente

5.2 . Circuito SPD

Persona o personas autorizadas por la residencia para llevar a la farmacia las recetas. Junto a las recetas presentarán dos listados, uno con las especialidades prescritas, otro con número y serie de las recetas oficiales.

Estos listados dirán: “paciente que reside a fecha de hoy en esta residencia” e irán firmadas por las personas autorizadas para retirar recetas. El listado correspondiente a la farmacia se conservará un mínimo de dos años. El resto es todo el protocolo normalizado de trabajo en los SPDs.

### 5.3 . Seguimiento y control de la prestación de los servicios farmacéuticos.

Se incluía una carta del Director General de Farmacia y Productos Sanitarios, indicando, entre otras, que se le enviarán por fax todos los documentos y anunciaba una reunión para aclarar las dudas surgidas.

La vocalía del Colegio, también te indicaba que, si tu farmacia prestaba servicio en alguna residencia tanto pública como privada o a institución religiosa situada en la Comunidad de Madrid, debería ser comunicado en el Registro Colegial antes de cuatro días de esta comunicación. Facilitaba un fax para hacerlo según al modelo de documento que adjuntaban.

Se comprometían a informar sobre los aspectos relativos a la Dispensación Activa al Anciano Institucionalizado.

En 2010, la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Comunidad de Madrid, y el Colegio Oficial de Farmacéuticos, preparan un documento en cuya portada se identifican las dos Instituciones, cuyo título era: *Dispensación Activa al Anciano Institucionalizado*.

El interior contenía el mismo documento de 2005, sin las dos cartas finales.

En noviembre de 2014, *Adefarma*, Asociación de Empresarios de Farmacia de Madrid, facilito un trabajo titulado *Estudio sobre el suministro de medicamentos y productos sanitarios a residencias geriátricas y centros sociales en las Comunidades y Ciudades Autónomas de España*.

El Índice nos situaba, tras una breve presentación sobre el objeto e indicaciones del estudio, ocupando las hojas una y dos.

Le siguen las Comunidades y Ciudades en un orden alfabético de la región correspondiente, para terminar con Ceuta y Melilla.

Sin justificación, el orden de exposición se inicia en Madrid, para continuar con la iniciación del alfabeto: Andalucía; Aragón; Asturias; Baleares; Canarias; ...

Centrándonos en la Comunidad de Madrid, el relato se inicia citándonos el Artículo 54 de la Ley 19/1998 de 25 de noviembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid que dice:

“1. A los efectos de esta Ley tendrán la consideración de centros sociosanitarios aquellos que atiendan a sectores de la población tales como ancianos, minusválidos y cualesquiera otros cuyas condiciones de salud requiera, además de las atenciones sociales que les presta el centro, determinada asistencia sanitaria.”

Continuaba diciendo que estos centros estaban obligados a establecer Servicios de Farmacia o Depósitos de Medicamentos “debidamente autorizados por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, en los términos que se definan reglamentariamente en función de la capacidad del establecimiento y tipo de atención médica o farmacológica que requiera la población atendida.”

Seguidamente, concretaba, que los Servicios de Farmacia de los Centros Sociosanitarios se hallarían bajo la responsabilidad de un farmacéutico cuya presencia inexcusable sería requisito para el funcionamiento del mismo.

Después nos lleva a la realidad del momento y expone que el Concierto suscrito entre la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y el Colegio oficial de Farmacéuticos de Madrid en el que se fijaron las condiciones para la colaboración de las oficinas de farmacia con el Sistema Sanitario de la comunidad de Madrid, tenía una vigencia de 4 años, desde el 1 de enero de 2011, y en ese momento estaba denunciado y se estaba negociando uno nuevo; en este Concierto se contemplaba la dispensación a pacientes en residencias geriátricas y centros sociosanitarios en su Anexo 1, relativo a servicios de farmacia:

“La dispensación a pacientes de residencias geriátricas de Madrid y centros sociosanitarios se realizará siempre previa presentación de la preceptiva receta médica y deberá ajustarse a las especiales necesidades de atención farmacéutica que presenta este grupo de pacientes. Con independencia de la función que puedan corresponder al farmacéutico por el desarrollo del artículo 54 de la Ley de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid, la dispensación de fármacos a pacientes que tengan fijada su residencia en centros sociosanitarios y en particular a los ingresados en residencias geriátricas se regirá por los criterios que contemplen la identificación del paciente, la dispensación, la continuidad en los cuidados”.

Estas directrices las establecerían la Comisión de Seguimiento del Concierto. El Colegio Oficial de Farmacéuticos tenía que mantener debidamente informada a la Dirección General de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos de las oficinas de

farmacia que dispensasen a residencias geriátricas y centros sociosanitarios indicando de modo expreso los motivos de excepcionalidad.

Sin embargo, existía una Adenda que modificaba este Concierto, firmada en octubre de 2013, de aplicación con carácter retroactivo desde enero de 2013, que incorporaba un punto 8 al anexo 1, estableciendo un descuento del 10% sobre las recetas oficiales prescritas a pacientes de residencias geriátricas y centros sociales públicos y privados.

Esta Adenda, informaban, había sido negociada por el Colegio “in extremis” para que no se creara una central de compras pública, como había sucedido en otras autonomías.

Los puntos centrales en relación a esta medida fueron:

- . Se comenzaría a aplicar en la facturación correspondiente al mes de septiembre.
- . Se incluían en la deducción todos los medicamentos y productos sanitarios financiados de PVP menor a 143 euros.
- . El porcentaje se aplicaría a oficinas de farmacia que facturasen más de 50 recetas oficiales de pacientes institucionalizados (válidos o no), mensualmente.
- . Esto se acumularía a las deducciones que se estaban aplicando por el Real Decreto 4/2010 (escalas) (Real Decreto-Ley 4/2010 de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo a la Seguridad Social, firmado en Madrid el 26 de marzo, por S.M. el Rey y la presidenta del Gobierno en funciones M.<sup>a</sup> Teresa Fernández de la Vega Sanz. Real Decreto Ley de 14 de abril de 2010, de corrección de errores del Decreto 26 de marzo) y del Real Decreto-Ley 8/2010 (Real Decreto-Ley 8/2010 de 20 de mayo, de medidas extraordinarias para la reducción del déficit público), por lo tanto, no era excluyente.

En Madrid los establecimientos sociosanitarios públicos o privados, suministrados a través de oficinas de farmacia se les aplicaba este descuento.

En abril de 2015, firmado por el consejero de la Comunidad de Madrid, y el presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid; se publica el nuevo *Concierto por el que se fijan las condiciones para la colaboración*

*de las oficinas de farmacia con el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid*

A lo largo de sus 102 páginas no encontramos muchas novedades.

Su punto 4.2.1 se titula “Dispensación, custodia y conservación de los medicamentos”, y de él copiamos dos párrafos:

“Los farmacéuticos de oficina de farmacia, bien directamente, o a través del personal técnico o auxiliar, siempre bajo su dirección y supervisión procederán a la dispensación de medicamentos en las condiciones óptimas de conservación”

“Se actuará prioritariamente en la dispensación que afecte a aquellos grupos de pacientes de mayor riesgo y, en particular de pacientes dependientes o institucionalizados, o a sus cuidadores. Los datos obtenidos a partir de estas actuaciones profesionales serán puestos en conocimiento de la Consejería de Sanidad”.

En el punto 4.2,5 “Farmacovigilancia y seguridad del medicamento”, crea La Red de Farmacias Centinela, cuyo objetivo era la notificación y prevención de problemas relacionados con el medicamento, y su colaboración era voluntaria.

Al desarrollar el punto 5.2. “Seguridad del medicamento” su primera subdivisión (5.2,1) es la Red de Farmacias Centinela, donde figura su objetivo principal y todo el desarrollo de sus competencias y manera de actuar.

En mayo de 2017, la *Fundación Edad & Vida* y el *Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos* publicaron un folleto de 7 páginas, titulado:

*Guía de actuación en el Ámbito de la Asistencia Farmacéutica en Depósitos de Medicamentos de centros Sociosanitarios o Residenciales.*

El texto iniciaba. “El Colegio Oficial de Farmacéuticos y la Fundación Edad & Vida han promovido una línea de trabajo conjunta que puede ser utilizada como modelo de gestión y dispensación de medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos, con la finalidad de mejorar la efectividad y eficiencia en su utilización por los pacientes ingresados en centros residenciales”.

Seguidamente aluden al artículo 6 del Real Decreto Ley 16/2012, que decidía deberían tener farmacia propia, a partir de un determinado número

de camas, para los centros hospitalarios, los centros de asistencia social, y los psiquiátricos.

Los centros con un número de camas inferior, no necesitaban tener su propia farmacia, dispondrían de un depósito de medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos, que estaría vinculado a un servicio de farmacia del Área sanitaria y bajo la responsabilidad del jefe de servicio, en el caso de hospitales del sector público, y a una oficina de farmacia establecida en la misma zona farmacéutica o a un servicio de farmacia hospitalaria, en el supuesto de que se tratase de un hospital del sector privado.

Para el caso de que el centro residencial optase por disponer de un depósito de medicamentos dependiente de una farmacia comunitaria debería tener en cuenta- “de forma análoga a que si optase por disponer de un depósito de medicamentos dependiente de un hospital”- que las dispensaciones de medicamentos, productos sanitarios prescritos así como los servicios asistenciales farmacoterapéuticos a los pacientes, se deberán realizar por el farmacéutico titular de la farmacia comunitaria o por otro farmacéutico perteneciente a dicha farmacia, que actuaría bajo la responsabilidad del farmacéutico titular de la misma.

Para aquellas Comunidades Autónomas que ya lo tuvieran regulado, el depósito de medicamentos debería disponer de la correspondiente autorización administrativa, donde se especificará la farmacia comunitaria o servicio de farmacia responsable.

A partir de aquí, fraccionado en apartados, nos incluye todas las competencias del farmacéutico comunitario, farmacoterapéuticas, como logísticas, resultando exactas, pero con su propia expresión, a las que plasmó el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos en el cuadernillo nº 15 de la colección Documentos de Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria.

Como ese cuadernillo lleva fecha de 2018, obviamos aquí su contenido, pues lo vamos a referir cuando proceda presentar el cuadernillo nº 15.<sup>253</sup>

---

<sup>253</sup> Cf. *Guía de actuación en el ámbito de la atención farmacéutica en depósitos de medicamentos en Centros sociosanitarios o Residencias*. 2017. Fundación Edad & Vida; Consejo General de Colegios oficiales de Farmacéuticos. 2017

Ese mismo año, 2017, la revista *Correo Farmacéutico* nos proporciona la información de un proyecto que se había iniciado en 2012. Figura en la Sección “Farmacia Hospitalaria”, con título “La atención domiciliaria desde el hospital, posible para algunos pacientes” y el Subtítulo “El Valle de Hebrón, de Barcelona, tiene un plan en marcha”. Nos expone que el Servicio de Farmacia del citado hospital, había puesto en marcha en 2012 un proyecto por el que realizar atención farmacéutica al paciente en el domicilio, “gracias a la colaboración con la industria farmacéutica”.

La noticia la facilita el jefe del Servicio de Farmacia del centro, que estaba participando en la mesa “Colaboración público-privada” que se estaba celebrando en el congreso de SEFH (Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria). Indica: “es una experiencia innovadora que pusimos en marcha para ver si con la colaboración de la industria farmacéutica en el hospital, se podría mejorar la calidad de vida de determinados pacientes que no necesitan acudir al centro a retirar su medicación”. El proyecto en sí consistía en el envío, por parte del laboratorio farmacéutico, de la medicación al domicilio del paciente, previa información del farmacéutico hospitalario y con un seguimiento continuo desde el Servicio de Farmacia “al paciente que forma parte del proyecto, se le informa, se le dan las instrucciones necesarias para tomar la medicación y para cómo actuar ante cualquier incidente”, indica el experto -Julio Martínez Cutillas, jefe del Servicio de Farmacia del Centro-.

En su opinión, los pacientes tienen dos tipos de necesidades que requieren del papel del farmacéutico hospitalario:” Una relacionada con el control del tratamiento (función clínica) y otra relacionada con la dispensación (logística)”. Indica, que este proyecto les ha desvinculado al enviar el medicamento al domicilio del paciente “evitando que tenga que desplazarse al hospital para su retirada” y ofreciendo un sistema de teleasistencia con el que “el farmacéutico puede fijar las visitas clínicas, independientes a la de retirada de la medicación, garantizando, así, un control presencial o telefónico”.

Informa que este modelo de AF (Atención Farmacéutica) lo ofrecían, por el momento, a pacientes tratados con hormona del crecimiento y con eritropoyetina humana (EPO) en insuficiencia renal - “cerca de ochenta en total”-, y gracias a Pfizer y Amgen, responsables de enviar los medicamentos al domicilio del usuario.



Sobre la posibilidad de ampliarlo a más pacientes, el farmacéutico se muestra escéptico, ya que requiere que el laboratorio corra con los gastos de gestión y logística.<sup>254</sup>

En 2018, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, publicó tres nuevos cuadernillos de la colección de Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España, correspondían numéricamente a:

14. *Servicios de elaboración y provisión de Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD)*

15. *Prestaciones de servicios profesionales farmacéuticos en los centros sociosanitarios o residenciales.*

16. *Gestión de crisis sanitarias y situaciones de emergencia desde la farmacia comunitaria.*

En este momento centramos nuestra atención en el cuadernillo 15, sobre *Prestación de servicios profesionales farmacéuticos en los centros sociosanitarios o residenciales.*

En la introducción nos plantea el problema, para conducirnos a la solución: “El actual cambio de paradigma sanitario, consecuencia del progresivo envejecimiento de la población y del incremento de la cronicidad y la pluripatología, está generando cambios en la arquitectura sanitaria para garantizar la continuidad asistencial, integración de los procesos y coordinación sociosanitaria.”

“En este contexto, la farmacia comunitaria está llamada a desempeñar un papel clave en la atención farmacéutica sociosanitaria y en la prestación de servicios en los centros sociosanitarios (centros residenciales, centros de día, centros de atención de media y larga estancia, etc.). Contando con la colaboración de las farmacias comunitarias se podrá garantizar plenamente el derecho de los ciudadanos a recibir la prestación farmacéutica en condiciones de igualdad, permitiendo con ello que sea considerado como un paciente más de la atención primaria y recibiendo la misma atención individualizada y personalizada.”

Seguidamente nos recuerda como el artículo 6 del Real Decreto Ley 16/2012 establece que los centros de asistencia social que presten asistencia sanitaria específica y los centros psiquiátricos que no cuente con un servicio de farmacia hospitalaria propia y que no estén obligados a tenerlos, dispondrán de un depósito que estará vinculado a un servicio de farmacia del área sanitaria y bajo la responsabilidad del jefe del servicio, en el caso de los hospitales del sector público, y a una farmacia comunitaria

---

<sup>254</sup> Cf. Correo Farmacéutico. Semana 16 a 22 de octubre, 2017. Cuadernillo Especial: *Farmacia Hospitalaria*. Año XVI, Nº 752: pg. 06 y siguientes.

establecida es la misma zona farmacéutica o a un servicio de farmacia hospitalaria, en el supuesto de que se trate de un hospital del sector privado.

Al ser el CGCOF el que publica este documento, antes de ofrecer la totalidad de su contenido indica: “De forma complementaria los centros sociosanitarios están sometidos a la correspondiente regulación autonómica”.

Seguidamente nos pone en acción, e indica que, si el centro residencial opta por disponer de un depósito de medicamentos dependiente de una farmacia comunitaria, deberá tener en cuenta que las dispensaciones de medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos prescritos, así como los servicios farmacéuticos asistenciales, se deberán realizar por el farmacéutico titular u otro farmacéutico de la farmacia comunitaria.

El depósito de medicamentos deberá disponer de la correspondiente autorización de funcionamiento, donde se especificará, según corresponda, la farmacia comunitaria o el servicio de farmacia hospitalaria responsable.

Todos los centros sociosanitarios públicos y privados, los centros de asistencia social o psiquiátrica de titularidad pública o privada, están obligados a disponer dentro del propio centro, de un local para la ubicación del servicio de farmacia, depósito de medicamentos o botiquín; deberá tener una localización adecuada y de buena comunicación interna, así como contar con las áreas necesarias para que por el profesional farmacéutico responsable se puedan desarrollar todas aquellas funciones legalmente establecidas de forma adecuada.

El siguiente apartado corresponde a:

“-Objetivo de la prestación de servicios profesionales farmacéuticos en centros sociosanitarios o residenciales”:

- . Garantizar el acceso al medicamento, producto sanitario o dietoterápico a las personas residentes de un centro sociosanitario/residencial.
- . Garantizar la prestación de servicios profesionales farmacéuticos a las personas residentes en centros sociosanitarios/residenciales en colaboración con el resto del equipo sociosanitario del centro.
- . Asegurar que la persona residente en un centro sociosanitario pueda disponer de la prestación de Servicios Profesionales Farmacéuticos

Asistenciales, en torno a los medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos.

- “Procedimiento para la prestación de servicios profesionales farmacéuticos en centros sociosanitarios o residenciales”:

Antes de iniciar el contenido de este epígrafe nos advierte que, el proceso por el cual un depósito de medicamentos de un centro sociosanitario puede vincularse a una farmacia comunitaria no es homogéneo en todo el territorio nacional y depende de la regulación autonómica correspondiente.

Una vez que se vincula a una farmacia comunitaria el depósito de un centro sociosanitario o residencial, el farmacéutico ha de tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Adecuación y dotación del depósito. El depósito deberá estar dotado de internet. Sus instalaciones permitirán garantizar una correcta conservación, custodia y dispensación de medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos para su aplicación en el centro.

Las áreas que se estiman necesarias son:

. Zona de recepción, almacenamiento y revisión de medicamentos, donde sería recomendable una diferenciación en las siguientes zonas:

Zona de recepción de medicamentos

Zona de medicamentos rechazados “antes o después de la recepción”.

Zona de almacenamiento de medicamentos: botiquín, depósito, Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD) y medicamentos no emblistados.

Zona de preparación de unidades, si procede.

Zona de medicamentos caducados, retirados por sanidad o deteriorados después del almacenamiento.

. Armario con cierre de seguridad para el almacenamiento de los medicamentos estupefacientes.

. Frigorífico con control de temperatura de máximos y mínimos para almacenamiento de termolábiles.

. Zona de atención farmacéutica con acceso a registro de la actuación profesional.

. Área administrativa.

2. Primera reunión con la gerencia del centro y el equipo multidisciplinar: el farmacéutico deberá integrarse en el equipo multidisciplinar del centro, tanto sanitarios como de otros ámbitos profesionales (médico, enfermero, trabajador social, psicólogo, educador/terapeuta ocupacional, etc.).

Dentro de este equipo, el farmacéutico:

- . Impulsará, coordinará y desarrollará, junto con el equipo asistencial la Comisión de Farmacia del centro.
- . Participará en actividades Formativas y de Información al resto del equipo asistencial para garantizar el uso responsable de los medicamentos, productos terapéuticos y dietoterápicos, a la detección de efectos y reacciones adversas, al cumplimiento terapéutico y seguimiento de los cambios de prescripción.
- . Participará en las reuniones del equipo asistencial de Gestión de Casos para la elaboración del plan de cuidados, así como, cuando existan, en las de la comisión de ética y ensayos clínicos.
- . Impulsará la Educación en Materia Farmacéutica del equipo asistencial sobre el uso responsable de los medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos.
- . Impulsará la Educación en Materia Farmacéutica a los residentes y sus familiares. Revisará historiales farmacológicos y emprenderá cuantas acciones sean necesarias para garantizar una correcta asistencia farmacéutica personalizada.

3. “Elaboración de la Guía Farmacoterapéutica del centro”. El farmacéutico colaborará, con los restantes miembros del equipo asistencial, en la selección de medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos, facilitando información técnica específica sobre el uso y administración de los mismos, teniendo en cuenta las características específicas de los residentes del centro, para elaborar la Guía Farmacoterapéutica del Centro. Si el centro ya cuenta con dicha Guía, el farmacéutico deberá conocerla y proponer las modificaciones justificadas que considere convenientes.

4. “Dotación de medicamentos y productos sanitarios del depósito”. Teniendo en cuenta la guía farmacoterapéutica, se fijarán unas cantidades máximas y mínimas para cada medicamento en función de su consumo real, para evitar en lo posible tanto la carencia como el acúmulo innecesario de medicamentos según su índice de rotación. Se contemplará un sistema ágil de dispensación tratamientos agudos y cambios de medicación, así como un plan de contingencia para situaciones de urgente necesidad.

5. “Gestión del depósito”. En este punto nos indica que la gestión es equivalente a la de la farmacia comunitaria descrita en otro cuadernillo de procedimientos de Buenas Prácticas. No obstante, nos marca los puntos:

- . La adquisición, almacenamiento, custodia y conservación de medicamentos, productos terapéuticos y dietoterápicos.
- . Reposición y control de caducidades, retirar de manera inmediata los medicamentos afectados de alerta sanitaria estableciendo, en su caso, cuantos protocolos y medidas sean necesarias.
- . Adopción de medidas para que se respeten las normas de almacenamiento de los Medicamentos Temolábiles, Estupefacientes y los que requiera condiciones específicas.
- . Establecimiento de un sistema seguro y eficaz de distribución de los medicamentos en el centro.
- . Vigilancia, control y custodia de las Recetas Médicas y Órdenes de Dispensación.
- . Gestionar los residuos de medicamentos (medicamentos caducados, blísteres utilizados...) y su traslado al sistema SIGRE a través de la farmacia comunitaria.

En este punto nos indica “se recomienda contar con un sistema de gestión informatizado que permita el registro de los movimientos del depósito”.

6. “Registro de los residentes y prestación de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA)”.

Aquí, como en ocasiones anteriores, indica: “Algunos de estos SPAF se encuentran especificados en otros procedimientos de Buenas Prácticas”.

Dispensación de medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos

- . Establecer y llevar a cabo sistemas de dispensación interna que sean seguros y personalizados que garantice su correcta administración en las pautas y dosis prescritas. Se incluirá los Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD), si fuera necesario y siempre según las normas de elaboración de cada Comunidad Autónoma.
- . Proponer actuaciones que mejoren el cumplimiento terapéutico y la adherencia de los tratamientos.
- . Realizar la conciliación de la medicación.

- . Revisar la medicación del residente para identificar problemas relacionados con los medicamentos para prevenir o evitar resultados negativos asociados al uso de los medicamentos, productos sanitarios y dietoterapicos en coordinación con los médicos y, si procede, con el resto de miembros del equipo médico asistencial del centro.
- . Realizar el Seguimiento Farmacoterapéutico, registrando en los sistemas la información de todo, siendo muy importante registrar las incidencias, haciendo esta información accesible al resto de profesionales sanitarios responsables del residente en el centro.
- . Detectar reacciones adversas que puedan producirse y notificarlas a los organismos responsables de la farmacovigilancia.
- . Asesorar y dispensar medicamentos para el auto cuidado de la salud en el caso de que sea requerido por alguno de los residentes.

7. “Colaboración en los programas que promueven las Administraciones Sanitarias” sobre garantías de calidad de la asistencia farmacéutica y de la atención sanitaria en general, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria.

8, “Colaboración en los programas que promuevan los Servicios Sociales” para la promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia.

Tras esto, nos ofrece un Diagrama de Flujo del procedimiento para la prestación de servicios profesionales farmacéuticos en centros sociosanitarios o residenciales.<sup>255</sup>

En el 8º Congreso de SEFAC celebrado en Alicante el año 2018 en una mesa patrocinada por COFARES se presentó el debate sobre el tema de “Atención Farmacéutica Domiciliaria”. En el coloquio participaron: un representante de SEFAC, del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Alicante, de la Sociedad española de Médicos de Atención Primaria, de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana, y dos representantes de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes.

---

<sup>255</sup> .*Prestación de Servicios Asistenciales Farmacéuticos en Centros sociosanitarios o residenciales*. 2018. Consejo General de Colegios oficiales de Farmacéuticos, Cuadernillo 15 de la colección: *Documentos de Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria*.

Según informaron, tras un interesante y fuerte debate se cerró la mesa con la aprobación del Decálogo de la Atención Farmacéutica Domiciliaria redactado por SEFAC.

Los representantes de SEFAC y de COFARES, dejaron patente el valor de la distribución, pues manifestaron que si los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales, como la atención farmacéutica domiciliaria, son posibles y se pueden defender ante la administración, profesionales y pacientes no es solo porque los farmacéuticos son “agentes de salud” con un gran prestigio, sino porque se sustenta en un modelo de distribución que aporta “valor añadido” y garantiza que cualquier ciudadano, con independencia de donde esté, recibirá el fármaco que necesite.

Este Decálogo de Claves del Servicio era:

- 1.- Derecho. La atención farmacéutica domiciliaria y su presentación a través de los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales es un derecho de todos los ciudadanos, por lo que no se debe excluir a aquellos que no puedan desplazarse a una farmacia comunitaria a recibirla.
- 2.- Definición. La atención farmacéutica domiciliaria es la prestación de los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales en el domicilio a aquellos pacientes que por su condición sociosanitaria no pueden acudir a la farmacia a recibirlos, Estos servicios se prestarán desde la farmacia comunitaria por el farmacéutico en el ámbito de un programa de atención domiciliaria, favoreciendo así la continuidad asistencial.
- 3.- Objetivos. El objetivo de la atención farmacéutica en el domicilio es prevenir la enfermedad, mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes a través de la gestión de la farmacoterapia y los servicios de salud pública en coordinación con el resto de profesionales sanitarios y sociales.
- 4.- Marco de Actuación. La farmacia comunitaria, por su capilaridad, cobertura, disponibilidad y accesibilidades, es un establecimiento sanitario que en coordinación con el resto de servicios sociosanitarios públicos y privados, puede prestar los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales que la población necesite en el marco de programa de atención farmacéutica domiciliaria.
- 5.- Población Diana y Coordinación. El farmacéutico comunitario, por sus competencias profesionales y su relación continuada con la población, es el



profesional idóneo para prestar atención farmacéutica en el hogar a pacientes crónicos polimedicados, dependientes, frágiles y/o terminales.

6.- Requisitos. Los farmacéuticos comunitarios que provean atención farmacéutica en el domicilio, deben estar acreditados e incluidos en un programa de atención domiciliaria, contar con el personal facultativo capacitado en los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales que se pretenden prestar y disponer de las instalaciones, equipamientos específicos, en su horario de apertura tanto en la farmacia como en el domicilio del paciente.

7.- Procedimiento de Inclusión. La inclusión de un paciente en un programa de atención farmacéutica domiciliaria y su asignación a una farmacia comunitaria de referencia deberá tener en cuenta la elección del paciente y su nivel de autonomía y dependencia, así como la disposición y capacidad del cuidador, y establecerse por la entidad proveedora de la asistencia sociosanitaria y regirse por criterios sociales, sanitarios y de proximidad.

8.-Presentación. La prestación de servicios profesionales farmacéuticos asistenciales incluida la atención farmacéutica domiciliaria y su periodicidad variarán en función de las necesidades farmacoterapéuticas del paciente y no incluirán la venta de productos ni favorecerán prácticas espurias.

9.- Tecnologías. Las nuevas tecnologías de la información deben formar parte de la prestación de atención farmacéutica en el domicilio para facilitar la comunicación con el paciente, compartir la información con los profesionales y las entidades proveedoras de asistencia sanitaria y mejorar la eficiencia de los procesos asistenciales.

10.- Complementariedad. La atención farmacéutica en el hogar es una prestación habitual en otros países sobreentendidos que genera una mejora en el uso racional del medicamento, y se lleva a cabo de forma complementaria a las que prestan otros profesionales sanitarios y sociales en su domicilio.<sup>256</sup>

En ese año 2018 se produjo una información constante en las revistas profesionales ocupada por la Ley de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid.

Oscilaban entre alentadoras y descorazonadoras.

---

<sup>256</sup> Suarez Malkado, Gema. 2018. "Médicos y pacientes respaldan la atención farmacéutica domiciliaria, pero con ciertos matices" . En *Correo Farmacéutico. Especial Farmacia Comunitaria*. Semana 4 a 10 de junio de 2018. Año XVII, Nº 783: pags. 24 y siguientes.

En *El Global* correspondiente a la semana 14 a 21 de mayo de 2018 su colaborador Alberto Cornejo titulaba su información: “Madrid desarrolla “por reglamento” la atención farmacéutica domiciliaria”.<sup>257</sup>

De nuevo *El Global*, pero ya la semana de 28 de mayo a 3 de junio, Cornejo nos presenta el VIII Congreso de SEFAC (ya mencionado) indican que SEFAC presentada su propuesta de modelo de atención farmacéutica domiciliaria.

La propuesta de SEFAC iba en torno a una colaboración multidisciplinar, y para que el farmacéutico realizase esa atención domiciliaria se comprometería a asumir la realización de unos servicios básicos: revisión del botiquín, RUM, asesoramiento nutricional y medición de parámetros.

Con esto la farmacia haría un informe para la Administración de cara a valorar y seleccionar qué servicios adicionales se podrían ofrecer al paciente dependiente domiciliario.<sup>258</sup>

Para dejar constancia del gran desasosiego que en la comunidad de farmacéuticos de oficina está provocando el bloqueo, por parte de las autoridades ministeriales, omitiremos el contenido de las publicaciones, pero informamos de su título y del medio que lo difunde y así queda constancia de la situación; consideramos que poniendo título, fecha y medio de difusión no es necesario cargar las citas de fuentes.

A través de *Correo Farmacéutico* vemos: “Madrid quiere que la atención domiciliaria se apoye en las farmacias”.

“El COF de Madrid pide un modelo acorde con la enfermería” (*El Global*, 30 de julio a 5 de agosto de 2018. Año XVII.Nº 791, pág. 17.)

*El Global* de la semana 3 a 9 de diciembre de 2018, presenta la información de Cornejo con al título: “Last call” para salvar la Ley de Farmacia de Madrid”, como subtítulo “El Gobierno regional intenta alcanzar un consenso de última hora con el resto de grupos, en especial sobre la AFD”.

*El Global* de la semana 19 a 16 de diciembre de 2018. Año XIX Nº 862, pág.11, firmado por su colaborador Cornejo nos dan un título: “Madrid: si hay nueva Ley de Farmacia será sin Atención Farmacéutica Domiciliaria”.

---

<sup>257</sup> Cornejo, Alberto. 2018. “Madrid desarrolla “por Reglamento” la atención farmacéutica domiciliaria”. En *El Global*. Net. semana 14 a 21 de mayo de 2018

<sup>258</sup> Cornejo. Alberto. 2018. “SEFAC “tiene un plan” para acabar con las barreras asistenciales en atención farmacéutica domiciliaria”- En *El Global*, 28 de mayo a 2 de junio. 2018. Año XIX, Nº 839. Pag 12

Ya en 2019, El *Correo farmacéutico*, semana 11 a 17 de febrero, el artículo de Julio Trujillo se titulaba: “Proyecto de Ley de Ordenación Farmacéutica (LOF): enfermería y COF acercan posturas “in extremis” y en subtítulo: “Farmacéuticos y enfermeros aceptarían precisiones sobre la limitación de atención farmacéutica al terreno del medicamento y también una atención domiciliaria controlada y consensuada con médicos y enfermería”<sup>259</sup>

En este momento (noviembre de 2019), Madrid tiene paralizada la nueva Ley de Ordenación Farmacéutica, por desacuerdos con el punto que trata la atención domiciliaria; y lo que tenemos es: Concierto entre la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid. Madrid abril de 2015.

*Biblioteca virtual de la Comunidad de Madrid. BVCM017739\_concierto entre la Consejería de Sanidad y al Colegio Oficial de Farmacéuticos de...1/102.*<sup>260</sup>

## **10. 4 TRABAJO DE CAMPO: LOS SERVICIOS SPD EN ALGUNAS OFICINAS DE FARMACIA ESPAÑOLAS.**

### **Objetivos**

El año 2017, decidimos ofrecer en nuestra oficina de farmacia el servicio de Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD) después de observar, con demasiada frecuencia, una actitud de los pacientes/clientes que nos

---

<sup>259</sup> Trujillo, Julio. 2019. “Proyecto de Ley de Ordenación Farmacéutica (LOF). Farmacéutico ,Enfermería y Colegio Oficial de Farmacéuticos, acercan posturas in extremis”. *Correo Farmacéutico*, semana 11-17 de febrero de 2019. Año XVII, nº 813. Pag 6.

<sup>260</sup> Cf. [www.comunidad.madrid/publicación](http://www.comunidad.madrid/publicación)

Publicación en línea.Madrid.2015.Comunidad de Madrid. Ref.BVCM.017739.Concierto entre la Consejería de Sanidad y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid por el que se fijan las condiciones para la colaboración de las Oficinas de Farmacia en el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid.

inquietaba en cuanto a no respetar la pauta farmacoterapéutica ordenada por el médico prescriptor.

El principal problema observado, hacía ya años, era la actitud en la prescripción: las recetas de formato papel destinadas a numerosos pacientes crónicos, eran cumplimentadas por la enfermera basándose en las cajas de medicamentos que el paciente llevaba vacías, estas recetas iban sin fecha, y en la farmacia teníamos la duda sobre el cumplimiento de la cadencia recomendada; también nos alarmaba que en la bolsa que traían para el SIGRE venían cajas con el contenido casi intacto. Cuidadosamente le comentabas algo al paciente o cuidador, pero intentando que no se sintiera espiado en vez de tutelado.

Cuando llegó la receta electrónica pudimos comprobar el descontrol de algunos pacientes pues venían a por la medicación antes de lo pautado y cuando les explicabas que la tarjeta no te lo permitía, se iban muy contrariados, otra circunstancia era cuando no venían a por el medicamento o tardaban en querer recogerlo mucho más de lo indicado en la prescripción y ya no se les podía dispensar.

En ese momento (año 2017), finalizaron muchos proyectos piloto que estudiaban la no adherencia. Centrados, fundamentalmente, sobre tres patologías que, sin duda, acompañan a los clientes/ pacientes de cualquier oficina de farmacia: hipertensión, diabetes y EPOC y los resultados eran escasa adherencia y poca destreza en la utilización de elementos de ayuda en la aplicación del medicamento.

Basándonos en estos resultados y confiando, quizá excesivamente en los SPDs, pensamos que el objetivo de fomentar el uso correcto de los medicamentos por parte del paciente, aumentar la adherencia terapéutica, reducir los problemas de salud y, tal vez, contener los costes sanitarios asociados, podríamos lograrlo ofreciendo a nuestros clientes/pacientes el servicio de Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD).

Nos costaba intuir el éxito de la oferta entre nuestros pacientes/clientes pues, tal vez, les resultase “pesado” pasar todas las semanas a recoger su medicación, con el agravante de que esa preparación tenía un precio.

Empezamos ofreciéndolo a pacientes polimedicados que podían presentar dudas sobre el momento adecuado de tomar la medicación (desayuno, comida, merienda, cena), y la situación: antes que el alimento (¿cuanto antes?), después (qué tiempo después); esto sabíamos que correría de nuestra parte pues cada vez que viniera el paciente o su cuidador, incluido en la conversación, no directamente, se lo preguntaríamos.

La puesta en marcha no era difícil pues a la experiencia de tantos años de ejercicio, se añadía la ayuda del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos en su folleto nº 12 que nos presentaba el *Protocolo Normalizado de Trabajo (PNT) para Sistemas Personalizados de Dosificación*, más la documentación del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid que forma parte del curso para conseguir la acreditación, que oportunamente hemos presentado en este trabajo.

De todas formas, son actuaciones propias del farmacéutico de oficina de farmacia sin necesidad de preparar SPD: revisar el botiquín personal lo hemos intentado siempre, y el SPD no consigue que nos lo traigan los pacientes reacios, es el farmacéutico que, como sabe lo que ese paciente retira de la farmacia por prescripción más los que no necesitan receta, sabe perfectamente lo qué tiene y para conseguir que te lo traiga, a veces, da resultado positivo preguntarle por alguno de los medicamentos, que sabemos llevó sin receta, ¿te has fijado en la fecha de caducidad, por si está caducado?, te lo traen todo rápidamente.

Igualmente, siempre hemos estado pendientes de ver la aparición de Problemas Relacionados con la Medicación (PRM) y Resultados Negativos de la Medicación (RNM), las interacciones de los medicamentos entre sí, o con la alimentación y algunas bebidas no alcohólicas. Nos incomoda, un poco, que cualquier documento que hable sobre farmacéuticos de oficina de farmacia muestre insistencia en repetirnos lo que debemos hacer, lo agradecemos, pero siempre nos aqueja la duda ¿no confían en nuestra profesionalidad? ¿y en nuestros conocimientos? ¿en nuestro compromiso de actualizarnos? ¿cómo si no fuésemos capaces de vislumbrar un PRM?;

interacción entre los medicamentos prescritos con los que le dispensamos sin receta; duplicidades; contraindicaciones; dosificaciones incorrectas; duda en los intervalos de dosificación, duración del tratamiento. Todo esto son actuaciones del farmacéutico en su oficina de farmacia sin necesidad de que exista un SPD por medio, en lo que nos ayuda el SPD es poder ver al paciente/cliente con más frecuencia.

Ya hemos comentado que cuando hicimos el curso para la acreditación previa a la preparación de SPD, se nos facilitó una documentación para entregar al paciente cuando le ofrecieras ese servicio.

Nosotros cuando leímos la documentación nos inquietó mucho ese paciente o su cuidador pudiendo preparar su SPD. En el Protocolo Normalizado de Trabajo, estaba la misma posibilidad, cuando lo leímos pensamos que nunca había estado tan valorado un paciente y su cuidador y, más infravalorado un farmacéutico de oficina de farmacia, pero en ese momento no pensábamos ofrecer ese servicio.

Cuando en 2017 planeamos ofrecerlo, comentamos con dolor y perplejidad la situación en que nos ponían esos documentos; nosotros sabemos que la presentación blíster solo lo puede preparar el farmacéutico, ellos únicamente pueden hacer un reacondicionamiento (como hacían en sus pastilleros) y como les indicábamos precio, intuíamos se inclinarían por prepararlo en casa; ¿tiempo que tendrían sobre la mesa el medicamento antes de reembasarlo? ¿ambientación que debería resistir ese medicamento sobre la mesa?; es mejor no pensar pues no lo podemos solucionar, lo bueno hubiera sido apoyar este sistema de preparación y dispensación, con lógico precio, en una base legal. Realmente somos ilusos cuando nos asombramos de lo poco aceptados que son los SPD desechables.

#### **10.4.1 INICIO DEL SERVICIO: OFERTA E IMPLANTACIÓN**

Empezamos en enero de 2017 a implantar el servicio SPD en la farmacia porque consideramos que teniendo en cuenta que aproximadamente el 60% de los pacientes de nuestra farmacia eran personas de más de 60 años, polimedicados y muchos de ellos con problemas para comprender las pautas y prescripciones, podíamos con este servicio atender las necesidades de algunos de nuestros pacientes.

El equipo de la farmacia lo constituíamos 3 farmacéuticos y un Técnico en Farmacia; de los tres farmacéuticos, dos (titular y adjunta), habíamos realizado el curso de acreditación: *Cómo implantar un Sistema Personalizado de Dosificación en la farmacia comunitaria*, de 4,2 créditos, durante los años 2013 y 2014, impartido por el Departamento de Formación del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid.

Antes de comprar todas las herramientas necesarias para realizar el servicio, como el dispositivo de elaboración de SPD, cajoneras para las medicaciones de cada paciente..., decidimos comunicarlo a los clientes para saber qué porcentaje de pacientes lo iban a pedir y así elegir un dispositivo de elaboración SPD u otro, o ninguno, en caso de que ningún paciente estuviera interesado.

Para comunicarlo, elaboré carteles informando del nuevo servicio y, además, todo el equipo de la farmacia lo empezamos a ofrecer y explicar en el momento de la dispensación a aquellos pacientes que considerábamos diana.

Para una correcta oferta y explicación del servicio elaboré, también, un protocolo para el equipo, que debíamos aplicar todos. Este protocolo indicaba que, en este momento de oferta y explicación, debíamos aplicar conjuntamente las herramientas que aprendimos en el curso para comprobar si el paciente es cumplidor o no de su tratamiento farmacológico.

Debíamos comentar con el paciente que algunas personas tenían dificultad para tomar todos los comprimidos de sus tratamientos, y a continuación, preguntar si él tenía dificultad para ello también, como indica el Test Haynnes-Sackett, denominado cuestionario de “comunicación del autocumplimiento”.



Si contestaba que sí, le preguntábamos, siguiendo el Test Haynnes-Sackett, por las dificultades que encontraba a la hora de cumplir el tratamiento.

Si el paciente contestaba que no tenía problemas para tomar los medicamentos, para asegurarnos que decía la verdad, preguntábamos cómo los tomaba, como indica el Test de Haynnes-Sackett, y así comprobábamos si era cierto que no tenía problemas.

Tras esta primera parte, que realizábamos de manera distendida y rápida, dentro de la conversación normal mientras dispensamos toda la medicación, introducíamos las preguntas del Test Morisky-Green-Levine con naturalidad, no de manera interrogatorio directo, evitando así que el paciente se sintiera incómodo y provocara rechazo. Como conocíamos a cada paciente, le hacíamos las preguntas adaptándonos a su manera de ser y hablar. Este test consiste en 4 preguntas de respuesta dicotómica (sí o no) que refleja, en función de las contestaciones de cada paciente, si el paciente cumple correctamente el tratamiento farmacológico:

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?

Las respuestas correctas, esto es, que el paciente es buen cumplidor serían: 1-no, 2-sí, 3-no y 4-no. Si el paciente contestaba, aunque fuera sólo una de manera incorrecta, se le consideraba mal cumplidor y susceptible de necesitar el servicio SPD.

Una vez que el paciente admitía que no seguía bien el tratamiento, le explicábamos que si no lo cumplía no iba a notar la mejoría en los síntomas de su patología, que podía tener complicaciones en su salud y ofrecíamos el servicio como una ayuda para evitar todo ello.

Para no confundir al paciente, ya que la mayoría tenían un nivel cultural medio-bajo, en vez de SPD, a algunos decíamos que íbamos a empezar a elaborar “pastilleros personalizados” en formato blíster, y les enseñábamos una imagen del mismo, con sus medicinas prescritas siguiendo la pauta posológica, para ayudarles a seguir el tratamiento. Les contábamos que con el SPD íbamos a organizar su medicación por tomas diarias.

Les insistíamos en las ventajas de este servicio, tales como evitar errores a la hora de tomar sus medicamentos, comodidad para ellos a la hora de tener que abrir varias cajas de medicamentos para sustraer la forma farmacéutica.

También veían cómodo no tener que salir de la farmacia con todas las cajas de medicamentos y colocarlas en “el cajón de los medicamentos” o “rincón de los medicamentos” como nos contaban. Los cuidadores e hijos veían muy bien este servicio no sólo porque así evitábamos errores en la posología de los tratamientos de sus padres o personas dependientes, sino que además a ellos les ahorrábamos tiempo, pues eran los que preparaban los pastilleros de nuestros pacientes.

Les explicamos que tenían que dejar la medicación mensual en la farmacia, nos comprometíamos a su buena custodia, para poder realizar su SPD, el cual tenían que recoger semanalmente y depositar en el SIGRE, el SPD terminado.

Informábamos de que nos comprometíamos a mantener la privacidad de sus datos personales y farmacológicos.

Cuando un paciente se interesaba por el servicio, lo apuntábamos y le decíamos que le avisaríamos cuando empezáramos a realizarlo.

El primer mes se interesaron 21 pacientes, de los cuales, 12 eran hijos o cuidadores que venían a por la medicación del paciente y les preparaban los pastilleros en casa, y el resto eran pacientes que venían a por su medicación y se encargaban ellos de seguir la pauta posológica.

Así pues, como no era un número muy elevado, pero sí consideramos suficiente como para empezar, preparamos una zona en el laboratorio, separado de la zona de elaboración de fórmulas magistrales, exclusiva para los SPD.

Para la elaboración de los SPD decidimos comprar el dispositivo SPD Anota Tablet, de elaboración manual.



Este dispositivo consiste en blíster tipo Tablet con 7 filas verticales de 4 alveolos, las 7 filas corresponden a los días de la semana y los 4 alveolos a las diferentes tomas de cada día (desayuno, comida, cena y antes de acostarse).

Viene cada parte separada, la plantilla de alveolos transparente, la plantilla que nos sirve de guía a la hora de introducir los medicamentos en cada alveolo según pauta prescrita, y la parte que tapa los alveolos, de cartón sobre la que adherimos la pegatina con las instrucciones al paciente, así como sus datos y que, en diferentes colores indica cada toma del día. Tiene una parte adhesiva, que será la parte que se adhiera a la plantilla de alveolos para que quede cerrado herméticamente el SPD.

El proceso consiste en colocar la plantilla de alveolos sobre la plantilla guía e ir introduciendo la medicación en cada alveolo, después comprobamos que está correcto el SPD, cerramos adhiriendo la plantilla de cartón y pasando un rodillo para que pegue bien.

Este tipo de Tablet lo suministra la sección Prim Farma del grupo empresarial Prim.

Para un número reducido de pacientes en este servicio SPD, es más económico y práctico utilizar este tipo de dispositivo de realización manual.

Una vez tuvimos preparado todo, empecé a llamar a los pacientes o responsables de ellos que se interesaron para, ya de una manera privada, en el despacho de la farmacia, volverles a explicar en qué consiste el servicio para asegurar que lo ha entendido, y para que, si finalmente lo aceptaba

firmara la aceptación del servicio y el consentimiento informado del paciente. En la llamada telefónica, les pedía también que trajeran la hoja de medicación y recetas de la próxima dispensación para rellenar la ficha del paciente.

Con este consentimiento dejaba constancia que el paciente o el responsable del mismo entendía el servicio, aceptaba de manera voluntaria el servicio y su mantenimiento mientras durara el acuerdo, consentía que tanto sus datos personales como farmacológicos iban a ser registrados en nuestro programa para su utilización exclusiva en la realización del servicio, nos autorizaba a custodiar su medicación en la farmacia para preparar los SPD, y se comprometía a traer las recetas con la antelación necesaria para preparar el SPD así como de avisar de cualquier cambio en el tratamiento.

También con este consentimiento, la titular de la farmacia, como responsable del servicio, se comprometía a no hacer uso de los datos del paciente sin su consentimiento y según rige la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

También se comprometía a que la elaboración de los SPD cumplía el Procedimiento Normalizado de Trabajo y que era realizado por profesionales farmacéuticos cualificados para ello.

Incluía el compromiso de custodiar en la farmacia el resto de medicamentos necesarios, adecuadamente; de ofrecer y proporcionar toda la información que el paciente necesitaba para el correcto uso de los medicamentos y de avisar al paciente con tiempo suficiente de cualquier eventualidad que afectara a la realización del SPD, como por ejemplo la retirada o baja de algún medicamento o lote.

Finalmente, tanto el paciente o responsable del mismo, y la farmacéutica titular firmaban este consentimiento.

Nosotras utilizamos la hoja de aceptación de servicio y consentimiento informado que facilitaba el curso que realizamos:

Tras firmarlo, la farmacia se queda con el original y el paciente con una copia.

A pesar de que el primer mes de oferta del servicio 21 pacientes mostraron interés en él, pudimos detectar que muchos pacientes no estaban interesados por diversas razones, tanto en el momento en que se lo explicábamos, tras preguntar ellos por él al ver los carteles, como en el momento en que les comentábamos las preguntas al llegar a la dispensación antes explicadas.

Cuando preguntaban qué era y les comentábamos un poco las actuaciones, muchos, es cierto, que no les interesaba, porque no eran pacientes diana, también algunos cuidadores pensaban no eran responsables de este tipo de pacientes, otros porque decían que para 2 medicamentos que tenían prescritos no los necesitaban, y otros porque decían que “se apañaban muy bien” con sus pastilleros. No obstante, a estos últimos, los incluimos en pacientes diana para, en una futura dispensación, aplicar el protocolo de información SPD y ver si de verdad se desenvolvían bien con su tratamiento, lo cumplían. De esta manera, muchos de los que al principio lo rechazaron, posteriormente lo aceptaron.

También pudimos comprobar que muchos pacientes creían estar cumpliendo bien el tratamiento y no era así, y otros eran conscientes de que no lo estaban cumpliendo y querían seguir así, ante ello, les avisamos de todos los problemas que podían aparecer por no seguir el tratamiento y se sentían seguros de que no iba a pasar porque ellos se tomaban sus medicamentos como ellos veían mejor y que cuando los tomaron como les dijo el médico se sintieron peor, lo que nos llevó a contactar su médico.

Encontramos problemas sobre todo con aquellos pacientes con tratamiento de psicótopos y diuréticos, pues nos decían que, si nos quedábamos con los medicamentos en la farmacia, qué iban a hacer ellos si un día se notaban más alterados y no tomaban otro comprimido del psicótopo, según ellos como les había indicado el médico. Y otros pacientes nos comentaban, respecto a los diuréticos, que había días que si no se encontraban con mucha retención de líquidos no los tomaban, o que, por el contrario, si se notaban con mayor retención de líquido, a pesar de tomar su diurético según pauta, tomaban otro comprimido más. En este caso también informábamos al médico además de advertir al paciente de su error y los posibles efectos indeseados y secundarios derivados de su acto. Lo sorprendente es que ellos decían que así se lo había indicado el médico. Pudimos comprobar, tras comunicarnos vía telefónica o presencial con el médico de atención primaria de estos pacientes, que en algunos casos era

cierto que se lo había dicho y en otros, que no, y que lo apuntaba en la ficha del paciente tras nuestro aviso.

## 10.4.2 REALIZACIÓN SPD

Para empezar a realizar los SPD, tras haber preparado la zona de trabajo en el laboratorio, necesitábamos la ficha con toda la información del paciente y de su tratamiento farmacológico.

Junto con él o con su responsable, tras la firma del consentimiento, rellenábamos esta ficha con la hoja de medicación y recetas que nos había traído, como le indicamos en la llamada telefónica.

Nosotras utilizábamos la ficha que proporcionaba el curso que habíamos realizado y guardábamos en un fichero bajo llave:

The image shows two forms from the COFM (Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid). The left form is titled 'DATOS DEL PACIENTE' and contains fields for patient name, date of birth, address, date of entry into service, and date of exit from service. It also has checkboxes for 'Farmacoterapia', 'Cambio de dosis', 'Ejecución de dosis', 'Cambio frecuente de medicación', and 'Incongruencia de dosis'. Below this is a section for 'DATOS DE CONTACTO' with fields for name, address, and telephone. The right form is titled 'DATOS DE LA MEDICACIÓN' and contains a table for recording medication. The table has columns for 'Código', 'Medicamento/Dosis', 'Prescripción', 'Duración del tratamiento', and '¿Puede incluirse en el SPD?'. Below the table is a section for 'EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA ESTABLECIDA' with columns for 'Nombre del medicamento', 'Principio activo', 'Prescripción', 'Tipo de medicación', 'Prescripción de referencia', and 'Medicamento'. The table is designed for recording medication data and evaluating the established practice.

Imagen cortesía del curso *Cómo implantar un sistema personalizado de dosificación en la farmacia comunitaria, 2013 y 2014*, Departamento de Formación del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid

Tras esta visita del paciente, realizaba la hoja de medicación de cada uno que sería la que seguiría a la hora de elaborar los SPD. Al principio utilizaba la ficha que proporcionaba el curso realizado:



Logo de COFM (Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid) en la esquina superior derecha.

Campos de entrada: Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Medicamento: Nombre, dosis y D.O.	Posología	Fecha del tratamiento	Fco del tratamiento	Otras indicaciones

Nombre del médico: \_\_\_\_\_  
 Nº de colegiado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del Médico: \_\_\_\_\_ Firma del Farmacéutico: \_\_\_\_\_

Imagen cortesía del curso *Cómo implantar un sistema personalizado de dosificación en la farmacia comunitaria, 2013 y 2014*, Departamento de Formación del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid

Tras esto, y ser revisado por la titular, anotaba todo en la hoja de elaboración y control. Anotaba la fecha de elaboración, la de la preparación del siguiente blíster, los medicamentos emblistados con su nombre, posología y código nacional.



Imagen cortesía del curso *Cómo implantar un sistema personalizado de dosificación en la farmacia comunitaria, 2013 y 2014*, Departamento de Formación del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid

Actualmente utilizo el programa SPDfarm que proporciona ANOTA. Para acceder a este programa tenemos que introducir en la web [www.anotaspd.es](http://www.anotaspd.es) nuestras claves y accedemos a la aplicación que, a su vez, nos conduce a nuestro programa de gestión de SPD, en el que incluimos documentación de los SPD, ficheros de los médicos, pacientes y sus hojas de medicación, hojas de incidencias, registro de los SPD realizados semanalmente, hoja de preparación, ficha de elaboración y control de cada SPD, etiquetas para adherir en cada SPD.

### 10.4.3 PACIENTES Y SPD

Empezamos con 9 pacientes, todos eran polimedicados mayores de 60 años. Ninguno invidente. Todos sabían leer y escribir.

En el momento de la dispensación, nos quedamos con su medicación para preparar los SPD.

Tenían mínimo 5 medicamentos adecuados para su preparación en SPS en su tratamiento. También tenían aerosoles y sobres que le entregábamos para que se los llevaran a casa porque ese tipo de medicamentos no se pueden emblistar.

A cada uno los preparé 1 blíster SPD Anoto, tras ser revisado y aceptado por la titular, que se llevaron a casa. Pese a que el día de la información les facilitamos blíster para ensayar, este blíster fue realmente la prueba, para ver qué tal se adaptaban a su uso.

De esos 9, a la semana quisieron seguir con el servicio 6 pacientes.

Los motivos que pusieron para darse de baja fueron varios:

- No se adaptaban al dispositivo, no les resultaba cómodo, preferían tipo pastillero.
- No se adaptaban a seguir el tratamiento tan rigurosamente, pues muchos había veces que, según su médico, podían tomar más de un comprimido de uno de los medicamentos y con este servicio no veían esa posibilidad.
- Otros dijeron que se les iba a hacer pesado tener que traer los blísteres cada semana o 1 vez al mes.
- Otros querían llevarse todos los medicamentos a casa mejor.

Así pues, podemos decir que definitivamente empezamos el servicio con 6 pacientes.

-Medicación SPD Paciente 1:

Dolocatil 1g 40 comprimidos.	Posología 1-0-1
Ferogradumet 105mg 30 comprimidos.	Posología 1-0-1
Omeprazol 40mg 28 cápsulas.	Posología 0-0-1
Tranxilium 10mg 30 cápsulas.	Posología 0-0-1

Vesicare 5mg 30 comprimidos Posología 0-0-1

Atorvastatina 20mg 28 comprimidos Posología 0-0-1

-Medicación SPD Paciente 2:

Orfidal 50 comprimidos Posología 0-0-1

Adiro 100mg 30 comprimidos Posología 0-0-1

Zyprexa 5mg 28 comprimidos Posología 0-0-1

Simvastatina 20mg 28 comprimidos Posología 0-0-1

Haloperidol 10mg 30 comprimidos Posología 0-0-1

Distraneurine 30 cápsulas Posología 0-0-1

Omeprazol 40mg 28 cápsulas Posología 0-0-1

Enalapril 10mg 60 comprimidos Posología 0-0-1

Hidroclorotiazida 25mg 20 comprimidos. Posología 0-0-0.5

-Medicación SPD Paciente 3:

Torasemida 10mg 30 comprimidos. Posología 1-0-0

Ranexa 375mg 60 comprimidos. Posología 1-0-1

Coropres 6,25mg 28 comprimidos. Posología 1-0-0.5

Omeprazol 40mg 28 cápsulas. Posología 1-0-0

Xeristar 30mg 28 cápsulas. Posología 0-1-0

Clopidogrel 75mg 28 comprimidos. Posología 0-0-1

Adiro 100mg 30 comprimidos.	Posología 0-1-0
Acovil 2,5mg 28 comprimidos.	Posología 0-0-1
Uniket retard 50mg 30 comprimidos.	Posología 0-0-1
Alipza 4mg 28 comprimidos.	Posología 0-0-1

-Medicación SPD Paciente 4:

Omeprazol 20mg 28 cápsulas.	Posología 1-0-0
Demilos 1500mg/1000 U.I. 30 comprimidos.	Posología 1-0-0
Paracetamol 1gramo 40 comprimidos	Posología 1-0-1
Nolotil 575mg 20 cápsulas.	Posología 0-0-1
Citalopram 10mg 28 comprimidos	Posología 0-0-1

-Medicación SPD Paciente 5:

Enalapril 10mg 60 comprimidos.	Posología 1-0-1
Nolotil 575mg 20 cápsulas.	Posología 1-0-0
Lyrica 25mg 100 cápsulas.	Posología 1-0-1
Tramadol 50mg 60 cápsulas.	Posología 1-0-1
Paracetamol 650mg 40 comprimidos.	Posología 1-0-1
Trileptal 300mg 100 comprimidos.	Posología 1-1-1
Furosemida 40mg 30 comprimidos.	Posología 1-0-0
Atorvastatina 10mg 28 comprimidos.	Posología 0-0-1
Metformina 850mg 50 comprimidos.	Posología 1-0-0
Omeprazol 20mg 28 cápsulas.	Posología 1-0-1

Medicación SPD Paciente 6:

Omeprazol 20 mg 28 cápsulas.	Posología 1-0-0
Paracetamol 1g 40 comprimidos.	Posología 1-0-1
Simvastatina 20mg 28 comprimidos.	Posología 0-0-1
Enalapril 20mg 28 comprimidos	Posología 1-0-0
Lexatin 1,5mg 30 cápsulas.	Posología 0-0-1

Con los pacientes que tenían 10 y 9 medicamentos, que eran 2, tardaba en preparar cada blíster unos 25 minutos. Luego documentando cada blíster, 25 minutos porque era a mano, en hojas que rellenaba. Esto lo realizaba cada semana.

Con los pacientes que tenían 6 y 5 medicamentos dedicaba unos 15 minutos en cada blíster y unos 20 en documentar. Cada semana.

Hay que añadir la preparación de la medicación antes de ser emblistada, unos 5 o 7 minutos y luego dejar el laboratorio limpio y ordenado unos 10 minutos.

Así pues, podemos decir que de media cada semana dedicaba a cada SPD más de 1 hora.

A lo largo de ese año tuve que hacer cambios en la elaboración de los SPD por variaciones en el tratamiento por parte del médico:

- En todos, de media 3 veces al año por paciente, tuve que añadir algún antibiótico, de 3 días o de 1 semana.
- En todos, de media 2 veces al año tuve, que añadir por paciente algún antigripal en cápsula durante 1 o 2 semanas.
- En todos, de media 3 veces al año tuve que añadir al paciente, de manera temporal, algún psicótropo.

No tuve que variar por incompatibilidades en los tratamientos o intolerancias. Todos eran correctos.

Durante el primer año, tuvimos hasta 15 pacientes nuevos que, tras probar el uso de los blísteres, no seguían por alguno de los motivos antes mencionados.

Terminamos 2017 con los 6 pacientes con los que empezamos.

Estos pacientes estaban contentos con el servicio por varios motivos:

- Los cuidadores o hijos que se encargaban de la medicación de sus padres estaban contentos porque a ellos les ahorra tiempo, ya que no tenían que preparar los pastilleros.

- Los pacientes que usaban el SPD veían cómodo que no tenían que estar pendientes de cambios en el modelo, color o diseño de las cajas o formas farmacéuticas. Tampoco tenían que estar pendientes de preparar cada toma.

- Algunos reconocieron que de esta manera no se olvidaban tomar ninguno de los medicamentos, ni dudaban si se lo habían tomado o no.

- Todos, alguna vez a lo largo del año, se quejaron de tener que venir cada semana y dejar cada blíster terminado en el Sigre. Muchos los traían todos juntos a final de mes para depositar en el Sigre.

En el segundo año del servicio, de los 6 pacientes con los que empezamos 2018, sólo el paciente nº 2 tuvo un cambio en su medicación crónica, le cambiaron la simvastatina por atorvastatina 40mg 28 comprimidos. El resto de variaciones en los tratamientos fueron similares a los de 2017.

A lo largo de 2018, seguimos captando nuevos pacientes para el servicio. Hubo 6 altas más, todos mayores de 60 años. Ninguno invidente. Todos sabían leer y escribir. 4 de ellos abandonaron el servicio al mes por alguno de los motivos antes mencionados.

Los otros 2 los mantuvimos, pero a temporadas, ya que eran pacientes que estaban temporalmente en las casas de sus hijos, que eran los que se encargaban de ellos. En uno de estos dos casos, el padre tenía 8 medicamentos en su tratamiento, aptos para SPD y 6 la madre. Los preparé SPD los meses de junio, julio, agosto y diciembre.

En enero de 2019 teníamos el servicio con 8 pacientes, 6 a los que les preparaba todas las semanas los SPD y 2 sólo en las temporadas que pasaban con sus hijos.

A lo largo de 2019 tuvimos 4 bajas, todas por fallecimiento, el paciente nº 5, el paciente nº 6 y, los padres de una cliente.

En diciembre de 2019 siguieron con el servicio 4, que venían semanalmente a por sus SPD

En ningún momento tuve que llamar al médico para sugerir cambios en los tratamientos o efectos secundarios de los mismos.

Lo que sí he comprobado que gracias al SPD, estos pacientes a los que hago control cardiovascular (toma de tensión y control de colesterol total) y control glucémico, han mejorado y estabilizado sus parámetros.

Excepto cuando han sufrido algún episodio de patología estacional (resfriado, gripe) o situaciones emocionales que han somatizado, durante los 3 años que llevamos con los SPD, estos pacientes han mantenido estables sus parámetros de tensión arterial, colesterol y azúcar.

Además del servicio SPD, ofrecemos el servicio de seguimiento y control de tensión arterial, colesterol, triglicéridos y control glucémico. Según parámetros obtenidos, los cito 1 vez al mes o varias veces al mes si hay alguna alteración en parámetros.

#### **- Peculiaridades de los Tratamientos:**

Todos los tratamientos que di de alta para realizar los SPD, tenían varios medicamentos en común, lo que nos da una idea de las patologías que afectan a las personas mayores polimedicadas y el tipo de tratamiento que suelen prescribir los médicos.

-De los 6 pacientes iniciales, todos tenían pautado omeprazol como inhibidor de la bomba de protones del estómago, para evitar molestias en el tracto digestivo provocadas (pienso yo) por los medicamentos que tomaban, tanto por el tipo de medicamentos como por la cantidad.

- De estos 6 pacientes, 5 tenían pautadas estatinas, 4 pacientes tenían pautado paracetamol, 4 pacientes tenían pautado antihipertensivos.



En ninguno había anticoagulantes tipo sintrom.

Llama la atención que el paciente nº 2 tenía todo pautado por la noche. Esto era, según el médico, por ser mal cumplidor y era más seguro que tomara los medicamentos de una vez.

También me llama la atención que todos tuvieran pautado omeprazol, habiendo una gran variedad de principios activos, de nueva generación, del mismo grupo terapéutico.

Personalmente opino que, según el tipo de población, de su edad, de sus tratamientos, su nivel cultural, puede ser útil conseguir la adherencia al tratamiento, para mejorar la calidad de vida tanto del paciente como del cuidador.

En farmacias con gran participación de pacientes en este servicio o que atienden a residencias sí que puede ser un servicio indispensable.

En nuestro caso, no tenemos pacientes suficientes como para decir que es un servicio con éxito. No lo continúan ni se apuntan varios pacientes. Si embargo en los otros servicios que ofrezco de control cardiovascular, glucémico, de peso o de consulta de dermofarmacia sí hay alta demanda y continuidad por parte de los pacientes, los mismos que rechazan el SPD.

Es cierto que muchos de los pacientes que se interesaron por el servicio SPD o que lo iniciaron y luego lo abandonaron, sí se apuntaron a los demás servicios que ofrezco de control cardiovascular, glucémico y consultas de dermofarmacia y dermoanálisis.

No dejamos de ofrecer y mantener el servicio porque sí es cierto que la gente que continuó con él y continúan, están contentos, pues les resulta muy cómodo. No tienen acumulados medicamentos, no tienen preocupación de preparar sus pastilleros, no olvidan sus tomas (con lo cual estamos asegurando su adherencia que es realmente lo que nos interesa), sus parámetros de tensión, colesterol o azúcar en sangre están estables.

#### **10.4.4 DATOS DE OTRAS OFICINAS DE FARMACIA**

Cuando me decidí a preparar SPD, me interesó que mi grupo de compañeras/amigas, que tenían oficina de farmacia, me indicaran como era

su situación en ese momento (2017), para hacerme más o menos una idea. Lo hice sólo para mi información, pero ahora me ha parecido interesante incluir sus resultados en los “Objetivos” de este trabajo, sé que es una aportación con ningún valor estadístico pues no es una muestra significativa por lo reducido del número de farmacias, pero al devolverme cumplimentado el cuestionario que les envíe a mí me estaban ayudando a tener una idea; además estaban ubicadas en distintas Comunidades: en Madrid, Cataluña, Andalucía, Castilla y una en un Municipio de 4.500 habitantes, con lo cual la información era variada. El cuestionario que les pedía rellenase pensé sería una aportación interesantísima pues constituye la realidad de unas farmacias, con una dispersión geográfica interesante y la opinión de un farmacéutico a pie de mostrador que refleja la realidad de su situación.

El Material y el Método lo ha constituido: mi oficina de farmacia, este cuestionario y la generosa actuación de los farmacéuticos que ejercen su profesión en una oficina de farmacia, y han aceptado colaborar.

Cuestionario:

- 1) Por qué decidiste implantar este servicio en tu farmacia
- 2) Haces SPD para residencias? ¿Cuántas residencias? ¿Cuántos pacientes? ¿Para particulares, cuantos?
- 3) Quien se encarga de preparar los SPDs.
- 4) Qué instrumental empleas, ¿Robot?, selladora manual? Qué marcas.
- 5) Tienes aplicación informática para procesar los datos de SPD o lo tienes en archivos manuales.
- 6) Para cuanto tiempo preparas los SPD, 1 semana, 2 semanas, 1 mes.
- 7) Son cómodos de utilizar por los pacientes los blísteres.
- 8) Conservas en la farmacia los medicamentos del paciente para el SPD, o los traen ellos cada vez que se los tienes que preparar.
- 9) Trae el paciente el blíster vacío cuando viene a por el otro, para que lo recicléis.
- 10) Que empresa se encarga de recoger/reciclar los blísteres vacíos.
- 11) ¿Cobras este servicio? ¿Si lo cobras es por blíster Semanal? ¿Mensual? ¿Cuánto cobras?
- 12) ¿Qué problemas encuentras a la hora de implantar este servicio, hay mucho paciente reticente? hay bajas?

- 13) Causas de bajas: precio; ingreso en residencias; cambio de domicilio; fallecimiento.
- 14) Ha aumentado la adherencia, mejorado el cumplimiento del tratamiento de los pacientes gracias a este servicio.
- 15) Has detectado incumplimiento del tratamiento por parte del paciente
- 16) Has detectado duplicidades en el tratamiento prescrito por el médico y/o errores de medicación.
- 17) Ha disminuido el paciente el número de medicamentos en su tratamiento y el número de visitas a su médico de Atención Primaria.
- 18) Están satisfechos los pacientes con este servicio
- 19) Ha aumentado la fidelidad de los pacientes a la farmacia.
- 20) Ha aumentado el número de pacientes por estar interesado en este servicio
- 21) Se ha incrementado la comunicación entre el médico responsable del paciente y tú.
- 22) Ha existido alguna modificación en la prescripción y/o pauta en lo prescrito por el médico, debido a este servicio.
- 23) ¿Saben en el Centro de Salud más cercano a tu farmacia que ofreces este servicio? ¿lo recomiendan?
- 24) ¿Qué mejorarías en la implantación de este servicio?

Sus respuestas, que fueron inmediatas, consistieron en:

#### Pregunta N° 1

. La mayoría de las respuestas indicaba decidieron realizar el servicio de SPD por considerarlo útil y necesario para asegurar que sus pacientes seguían bien la medicación y mejoraría la adherencia.

. Todas pensaban en los pacientes que vivían solos o con cuidadores, para evitar confusiones.

. Una respuesta, muy escueta, especificó:

Diferenciación

Servicio

Fidelización

. Otra respuesta nos reafirma una situación que ya conocíamos:

“Estamos en el Programa Polimedicados, de la Comunidad de Madrid, pero sin éxito, no nos mandaban a nadie (responsable Enfermería). Un día, una doctora nos pidió ayuda con un paciente, y empezó a recomendarnos para SPD.”

. Los implantamos en 2005 para ayudar a los pacientes; hicimos todas las capacitaciones necesarias para las personas y la farmacia; así empezamos a ofrecerlo nosotros.

#### Pregunta 2.

. En 2017 (que es cuando hice la encuesta) sólo una de las farmacias prepara SPD para un Residencia, y tenía 15 pacientes.

. De particulares tenemos una con 40 pacientes; el resto:2; 3; 6 (varias farmacias); 7; 8 (varias);10. De seis a ocho es lo más frecuente.

#### Pregunta 3.

. La mayoría es un Adjunto/a, y una nos indica: los lunes.

. Solamente una nos indicó: “Somos cinco (5) farmacéuticos/as y cualquiera hace SPD, pero principalmente lo hacen dos farmacéuticos/as, que son los encargados.”

#### Pregunta 4.

. Autoadesivo de Anota

. Anota manual.

. Manual Venalink

. “En un principio manual Anota y principalmente Venalink; ahora Medical Dispenser, pero hay pacientes que se lo hacemos manual por estar acostumbrados y se manejan mejor”

. Schlodon Manual, actualmente OREUS, antes Venalink.

. Manual de Sandoz, nos lo regaló hace cuatro años.

. “Selladora manual, todo muy manual. El laboratorio Mylan y también Alter nos regalan los blísteres, o sea que este material no supone ningún gasto para la farmacia”.

Como hemos visto, lo más frecuente son los manuales de Anota y Venalink.

#### Pregunta 5.

. “Hace unos años, creamos Spdfarm, que luego vendimos a Anota. Usamos Excel y Word para etiquetas”.

. Medical Dispenser que lleva incorporada aplicación informática. También tenemos la aplicación Dac de Farmatic que está integrado.

. Informaticamente por Excel y actualmente OREUS lleva un Software incorporado. Lo tenemos integrado en el Sistema de Gestión de la farmacia.

. Manual, no tenemos la aplicación informática.

. “Archivos escritos. Por ahora no hay pacientes para llegar al punto de rentabilidad. Si llegara, implantaríamos el de Farmatic”.

. Manual y formato digital por seguridad.

. Con aplicación informática, pero sin integrar en su sistema de gestión de la farmacia.

La mayoría tienen programa implantado; solo dos han contestado que lo hacen manualmente: uno “todo manual, por escrito, en papel” sin tener aplicación informática.

#### Pregunta 6.

. Lo habitual es para una semana, pero en vacaciones se les prepara para un mes.

. Generalmente para una semana, pero depende de cuando lo desee el cliente.

Esta contestación de: cuando lo desee el cliente, es muy frecuente, seguida de: para una o para dos semanas

Pregunta 7.

. Sí, no tenemos quejas.

. “Aunque no lo creas, tenemos varios con los que hay que hacer pruebas para que sepan usarlo. Hay pacientes que son incapaces”

. Si, mejora mucho la adherencia y el manejo.

. Algunas dicen: sí. Ellos están contentos y hace años que los preparamos.

. Si, muy fácil.

Este “Si, muy fácil”, en la respuesta general.

Pregunta 8.

Hay unanimidad: todos los custodian en la farmacia.

Pregunta 9.

Hay casi empate entre los que lo llevan y los que no, pese, según me indican, a que en la farmacia insisten en pedirlo.

Pregunta 10.

Unanimidad. Todas Sigre, menos una que me indica “y el propio OREUS”, o sea, los dos servicios.

Pregunta 11.

. “Cobramos a los particulares 1 euro, y a las residencias NO”.

. Según su situación económica. Generalmente 3 euros, ahora solo tenemos de pago a 10 pacientes.

- . 5 euros semanales.
- . Si, 30 euros mes, lo mismo que paga la Administración a los acogidos al Programa de Atención Domiciliaria.
- . 20 euros al mes.
- . Lo habitual son 3 euros por semana.
- “Si en tu entorno hay farmacias que los hacen gratis, en el Centro de Salud será la que recomienden”.

#### Pregunta 12.

- . “Les cuesta aceptarlo porque no reconocen que se administran los medicamentos mal. Cuando se deciden, también les cuesta tres o cuatro semanas darse cuenta de lo que han mejorado y, casi todos, te dicen que están muy contentos”
- . Bajas hasta el momento tres (sin indicar por qué).
- . Algunos no aceptan el coste del servicio.
- . Tuvimos, pocos, y lo rechazaron por el precio, pero se lo razonamos y a los que convencimos están muy satisfechos.
- . Algunos contestan “aún estoy bien para seguir organizándome yo”.

#### Pregunta 13.

- . “En un caso, y la causa fue que pretendía nos hiciéramos cargo de todo: ir a la consulta a por la e.receta incluso”.
- . Algún cambio de domicilio.
- . Por ingreso largo.
- . Lo habitual, por fallecimiento.
- . Lo general es que no lo dejen.



#### Pregunta 14

. Sí en todos los que se han mantenido. En algunos casos nos ha felicitado el médico prescriptor/el especialista.

. Si, y algunos te confiesan que antes del SPD no tomaban la medicación o la tomaban dos veces.

Todas las respuestas son afirmativas, pero la farmacia no los cuantifica ni hace encuestas.

#### Pregunta 15

. Si, pero no los tengo cuantificados.

. “Si, en pacientes que no confiaban en su recuperación, hasta ahora, hemos convencido a todos, menos a uno”.

.” Si, y es lo que nos movió a recomendar los SPD, y ha funcionado pues ha mejorado totalmente su cumplimiento”.

. “Solo en un caso, que toma lo que le da la gana y cuando le da gana, pero sigue viniendo por su SPD y al recriminarle nos promete lo va a hacer bien”

#### Pregunta 16

. Si, pero no los cuantificamos.

. Después del SPS no, pues está mejor revisado y actualizado el tratamiento.

. Si, sobre todo desde la receta electrónica. Después vienen duplicidades de MAP (médicos de atención primaria), especialmente.

. Si, bastantes, siempre entre prescripciones del médico de cabecera y los especialistas.

. Solo en un paciente y se subsanó sin mayor repercusión.

Ni las respuestas afirmativas o negativas, las han cuantificado.

#### Pregunta 17.

. El número de medicamentos no ha disminuido, las visitas al médico no lo sé.

. “Tenemos algunos que han pasado de 12 medicamentos a 5. Hoy (5 de junio de 2017) mismo, una paciente que estaba en 6 medicamentos cuando empezó, sólo tiene 2”.

. El número de visitas sí; el de medicamentos no.

. “Los medicamentos se han reducido en muy pocos pacientes. En la farmacia les solucionamos sus dudas y las visitas al médico se las tenemos que recordar nosotros, por ellos, no irían nunca”.

. Generalmente las visitas al médico no están cuantificadas en ninguno de los encuestados; y, en cuanto al número de medicamentos las respuestas son: “Sí”; “Algunos”; “Muchos”.

#### Pregunta 18

La mayoría responde “Sí, pero no hemos hecho encuestas”.

#### Pregunta 19

. “No. Los que disfrutan de este servicio son clientes/pacientes desde hace muchos años.”

. No, son nuestros pacientes de siempre.

El resto contestó escuetamente, “Sí”.

#### Pregunta 20

. Depende del Médico de Salud. Escasamente lo recomiendan.

. “Ha aumentado el número de pacientes que preguntan por SPD, pero muy pocos se convencen.”

. “No creo, en nuestro caso tenemos pocos pacientes para notar un aumento.

#### Pregunta 21

. Muchos, incluso desde el Hospital.

. Dos contestaron “No”

El resto, escuetamente “Si”

#### Pregunta 22

.” Si, incluso desde los hospitales cuando se han enterado nos lo pautan por horas, e incluso nos mandan informes más detallados.”

. Puntualmente, muy pocas veces.

. Un escueto Si.

. El resto “No”.

#### Pregunta 23.

. No todos los médicos lo saben. Nosotros no hemos ido al Centro de Salud a comunicarlo.

. Si lo saben.

. No lo saben.

. Si lo saben, pero Enfermería no lo recomienda.

. Todos los médicos lo saben y cuando tienen un paciente que piensan necesita SPD, nos lo mandan o preguntan por teléfono.

. Si lo recomiendan, pero no les dicen que farmacias se lo pueden preparar.

. Si lo saben, pero es Enfermería quien lo tiene que recomendar, y no lo hacen.

. “Yo aviso al médico cuando a un paciente suyo le empezamos a preparar, pero si nos viene otro paciente de ese médico es por indicación del paciente anterior”.

Casi todos indican. “Si lo saben”.

Pregunta 24.

Ayuda económica.

. En algunas Comunidades Autónomas hay Ayuntamientos que lo financian.

. “Más formación, ayuda por parte de la administración, protocolos comunes entre comunidades autónomas, reglamentación actualizada. En resumen, protocolos comunes y ayuda.”

. “La formación la tuvimos en el colegio de farmacéuticos de Gerona. Yo creo que fue suficiente. El día a día ya te da la formación para ir mejorando y para tratar a los pacientes y a sus familiares. Los farmacéuticos de por sí ya tenemos suficiente información de base.”

Más formación, protocolos comunes y ayuda, son las cuestiones que señalan todos.

Conclusión:

Me obsesiona Bécquer.

Dios mío, que tristes, que solos se quedan los farmacéuticos de oficina de farmacia.

## ***DISCUSION.***

Hemos visto un siglo XX cuyo final va a ofrecer el resultado de una ilusión y una lucha. De 1997 a principio del siglo XXI los farmacéuticos se afanan en realizar, en su oficina de farmacia, una amplia demostración de que son el experto, el técnico del medicamento y su lugar está al lado del paciente tutelándolo siempre en su beneficio. Surgirán numerosos Grupos desde el Grupo Torcal (por ejemplo) a SEFAC, que ponen todo su empeño en ver avanzar la Atención Farmacéutica aglutinando en esa denominación un conjunto de Servicios Profesionales Farmacéuticos para ofrecer a la sociedad.

Con esta idea, encontramos pequeñísimos grupos de farmacéuticos de oficina de farmacia que organizaban proyectos piloto de estudios para ayudar al paciente en aquellas patologías que eran más frecuentes en ese momento, como era la hipertensión arterial, diabetes tipo2, EPOC. Comprobamos que los farmacéuticos en cuanto consiguen crear un grupo, se encierran en sí mismos y dan lugar a un número excesivo de grupos, por lo menos, desde 1980 a 2010, que realizan estudios para el mismo problema y ofrecen, más o menos, unos resultados iguales. ¿Es falta de comunicación entre Colegios, Asociaciones para farmacéuticos de oficina de farmacia?, seguro que sí. De todas formas, la conclusión es que existe una simultaneidad y un doble coste económico, generalmente financiado por Laboratorios Farmacéuticos. Hay que comunicarse, ayudar y racionalizar. Tal vez al proponerlo, subyace una excusa para conseguir una financiación.

Seguramente, en ese momento, tras una ilusión perdimos una realidad: La Fórmula Magistral. Ese f.s.a. que acompañó desde su nacimiento, a la oficina de farmacia, que el paciente valoraba a su farmacéutico dispuesto a realizarla, que el pediatra utilizaba como salvación en las dosis infantiles de medicamentos, que el dermatólogo valoraba, pues cada paciente con

idéntica patología necesitaba distinta proporción de principio activo. Ejemplo: diagnóstico, verrugas planas, tratamiento, resina de podófilo y colodión elástico, duración del tratamiento, hasta su desaparición; en ese momento quedaba resina de podófilo sin utilizar y su precio era muy considerable, si no se gastaba el farmacéutico asumía ese gasto. Esa fórmula magistral que era la exhibición de nuestros conocimientos y habilidades, con ella éramos la Ciencia y el Arte del medicamento.

Otra utilidad de la formulación magistral hubiera sido suplir a los medicamentos huérfanos y por lo menos, nosotros no tuvimos conocimiento de que se utilizase para eso a la oficina de farmacia, tal vez en farmacia hospitalaria; y el farmacéutico en su oficina inflándose a preparar vaselina salicílica hasta el porcentaje que aceptaba la seguridad social, que les era muy útil a dermatólogo y paciente, pero sabíamos y podíamos hacer más.

Por qué se perdió la formulación, pues (asumo el riesgo de mi opinión) por que el médico no sabía formular. Ya no las prescribían, más que unos pocos y de vez en cuando. Si nosotros hubiéramos defendido al paciente, a bombo y platillo y en todos los ambientes, incluida la prensa, tal vez hoy tendríamos formulación que, tampoco era muy rentable, pero sí satisfactoria, pues para saber hacerlas fueron tus años de universidad, no para cortar etiquetas, pegarlas, agruparlas y encajarlas. Las fórmulas eran actuación profesional, lo demás es servidumbre.

Por qué no defendemos los SPDs, y se negocian precios, y se incluye en la dispensación. Si con ellos está demostrado se facilita la adherencia, con seguimiento farmacoterapéutico anejo, se mejora la salud el paciente y se evita gastos extra, beneficiando a la Administración. Qué nos falta, qué nos sobra, a los farmacéuticos de hoy (año 2019) o a nuestros representantes para vivir la nefasta situación que vivimos.

En nuestra búsqueda encontramos, En la revista *El Global* un trabajo realizado en junio de 2005 sobre “Diez años de Atención Farmacéutica en el Colegio Oficial de Farmacéuticos” (el Colegio era el de Madrid), basado en entrevistas a farmacéuticos con experiencia profesional por los años trabajando en su oficina de farmacia, a fin de que expusieran como fueron los inicios de la atención farmacéutica.

Entrevistada Carmen Cociña, explicó su experiencia como participante en un Proyecto Piloto de Atención Farmacéutica en hipertensión arterial, llevado a cabo en 1998, por un grupo de trabajo formado por farmacéuticos, establecidos en un barrio de Madrid, uno de los cuales era ella, sin ningún tipo de ayuda para realizarlo, así nos explica: “Con la idea de aumentar la calidad asistencial de estos pacientes, aquel grupo de trabajo encontró algunos problemas, como falta de interés manifestado por el grupo de Atención Primaria o la poca constancia del paciente,..”; por fin, lo realizaron 26 farmacéuticos, agradeciendo a esos pocos pacientes que quisieron colaborar.

En 2001, el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró el Documento de Consenso y al definir el Seguimiento Farmaco-Terapéutico indica que “se realizará en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del Sistema Nacional de Salud con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente”.

También el profesor Herrera Carranza, en su obra *Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica*, escribía: “La atención farmacéutica, tiene vocación asistencial, por lo que debe mirar y relacionarse con el equipo básico de salud, cuyo núcleo es precisamente el Centro de Salud de la Comunidad”. “La nueva, e importante responsabilidad de los farmacéuticos de intervenir para garantizar efectividad de los tratamientos farmacológicos, plantea sin reservas la necesidad de integración”. Después de 16 años no somos capaces de conseguirlo.

Ante el innegable interés que despertaba la atención farmacéutica, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos presentó un trabajo denominado “Plan estratégico para el desarrollo de la Atención Farmacéutica. Evolución 2002-2004”; realizado por el equipo del Consejo General encabezado por Pedro Capilla, como presidente y, con Carmen Peña como secretaria.

Este Plan Estratégico era (como hemos visto en la exposición del mismo, que hemos ofrecido) un proyecto global formado por un conjunto de acciones encaminadas a un Objetivo Final: potenciar la función asistencial del farmacéutico considerando al paciente el eje de su actuación profesional y, como Objetivos Generales:



- Evolución del modelo profesional.
- Adecuar la actividad profesional a las demandas y necesidades sociales.
- Ofrecer información más completa y personalizada del medicamento.
- Modernización y tecnificación de la asistencia sanitaria.
- Análisis, evaluación y exportación de los datos recibidos de la práctica profesional diaria.
- Consolidar la Red Farmacéutica de carácter nacional.

Se organizó en tres fases, la primera (2002), abarcaba la formación y capacitación profesional para afrontar este plan en 4 años.

Se apuntaron 4.031 farmacéuticos, un 15% del total de ejercientes.

Se confeccionó un mapa de España en el que constaban las ciudades que tenían Colegio profesional y marcado el número de participantes. Se inicio con 8 colegios inscritos. La segunda fase (2003), fue organizar talleres prácticos de Atención Farmacéutica y adiestramiento en estas aulas informáticas. La última fase, experimental, (2004) fue la dispensación activa con estatinas, la Comisión de Formación Continuada del Ministerio de Sanidad y Consumo la acreditó con 5'1 créditos.

Como hemos visto, paulatinamente se fueron inscribiendo Colegios provinciales y sus colegiados. Al terminar esta formación, no participaron 3 Colegios. A veces nos quejamos de nuestra situación, pero algunos resultados se deben a nuestra propia desatención. ¡Qué vergüenza al inicio apuntarse solo 8 colegios profesionales!

En 2005, la Fundación Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña e Islas Baleares, publicó un trabajo titulado *Los Servicios Farmacéuticos desde la perspectiva asistencial. Análisis de situación y líneas estratégicas*. Lo hemos expuesto ampliamente en nuestro trabajo, pero para la discusión quiero insistir en el momento que indicaba que el sector farmacéutico formaba parte de estructuras asistenciales que intervienen en la atención sanitaria y, no se podía entender si funcionaban aisladamente. Decía que los servicios farmacéuticos debían plantearse para responder a qué podía y debía hacer el farmacéutico en la Escala Asistencial. Sugiere funciones y actividades con las que podía aportar un

gran valor añadido y concluye diciendo: “Los servicios farmacéuticos no pueden ser un sujeto pasivo en este proceso ya que el farmacéutico o se construye un papel en los nuevos escenarios o alguien lo construiría”.

Con esta publicación tenemos uno de los mejores trabajos presentados sobre el sentido sanitario asistencial y el sentido empresarial de la oficina de farmacia. Tal vez, habiéndolo seguido paso a paso, no estaría ahora la oficina de farmacia en la situación que se encuentra.

En 2012, se publica un documento sobre adherencia y cumplimiento, gestionado por SEMI (Sociedad Española de Medicina Interna) titulado *Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectivas de futuro*. En él colaboraron integrantes de numerosas asociaciones y representantes de todas las profesiones sanitarias. Es un compendio interesante, pues presenta problemas y apunta posibles soluciones en función de una forma de actuar. El colaborador que representó a los farmacéuticos fue Ana Aliaga, en ese momento Secretaria General del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

También se nos invita a ponernos “manos a la obra”, en las 29 páginas que nos ofrecía la publicación de SEFAC titulada *Propuesta de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC), sobre servicios profesionales farmacéuticos en farmacia comunitaria*, editado en 2013 en la que encontramos una dilatada exposición de propuestas para que, a lo sumo en 5 años, tuviéramos servicios profesionales farmacéuticos (SPF) reconocidos, autorizados legalmente y, tal vez, remunerados.

Su propuesta final pudo haber sido “el final” de esta situación actual consistente en ir parcheando con nuevas propuestas, pero “algo “para empezar mañana, no se encuentra. El texto termina: “Si los farmacéuticos queremos ser en la cadena sanitaria un referente indiscutible e imprescindible en el ámbito del medicamento, y a su vez garantizar nuestra viabilidad profesional, deberíamos ofrecer un catálogo de servicios que nos otorgase un lugar protagonista en la atención integral del paciente, en su beneficio y dentro de una senda fundamental para el presente y el futuro de nuestra profesión, como se ha demostrado en otros países.”

En 2013, de nuevo SEFAC, en colaboración de los laboratorios Ratiophar y el Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, prepararon, con la mayor precaución posible, un estudio utilizando la implementación de encuestas específicas para analizar la opinión de los usuarios, asociaciones de pacientes y los propios farmacéuticos comunitarios. Publicados los resultados en 2014, se asombraron del bajo nivel de conocimiento y aceptación, en general, de los servicios profesionales farmacéuticos. Esta conclusión les llevó a pensar la necesidad de actuar de forma activa para llevar al público en general al conocimiento de la implantación y desarrollo de los servicios que fuera posible.

Se organizó sacar a la calle una demostración, a base de montar Carpas en las capitales y ciudades importantes por todas las provincias y territorios de España. La decisión fue de SEFAC y lo organizó en dos etapas: 2015/2016.

La actuación fue, teniendo en cuenta los servicios profesionales que se ofrecían, y contactando con los Colegios Oficiales, captar farmacéuticos voluntarios para, tras recibir una preparación, fuesen ellos los que ofrecieran la atención a las personas que se interesaban.

Esta actuación fue una decisión magnífica y generosa de SEFAC; el problema de su consolidación en algunas oficinas de farmacia es la falta de inversión para el montaje y adquisición de aparatos y materiales hasta para los más sencillos servicios; tal vez si los colegios consiguieran, de alguna empresa banquera créditos asequibles (¿blandos?), serían viables.

En nuestra investigación hemos visto momentos “estrella” de la profesión en oficina de farmacia. Con gran reconocimiento dentro y fuera de España, que poco a poco se ha desvirtuado hasta el extremo de que los PNT redactados por la mayoría de Colegios Profesionales indican que los SPD los puede preparar el enfermo, su cuidador o el farmacéutico, luego indica que los de un solo uso los puede preparar exclusivamente el farmacéutico. Yo pienso que si están hablando de SPD, no tienes que dejar en el aire el que el paciente o su cuidador pueden ¿qué? no lo dejan claro, se refieren al pastillero, pues eso en el SPD no tiene cabida; como si quisieran disuadir al paciente de que se lo preparen en la farmacia pudiendo hacerlo ellos “divinamente”; que me perdonen los que han puesto esa indicación, yo soy

una farmacéutica de oficina de farmacia que hace pocos SPDs, pero le cuestan dinero, sin embargo, cada día cuando cierra el ejercicio, casi, lo que más le importa y considera un fracaso, son los casos en que no ha podido adherir al paciente a su tratamiento cuando le manifiesta que está cansado de sus 8 medicamentos por diversos motivos. Mi opinión es que los que tienen las posibilidades, por categoría y disponibilidad de solvencia para normalizar la profesión, deben pensar que tienen que hacer algo y, que su cargo los sitúa en el lugar idóneo. Tenemos muy buenos estudios sobre SPD (ej. Profesor Eduardo Mariño), pues a por ello. ¿No han visto el estudio Dioscórides, donde se demostró el ahorro que supone a la Administración los SPD (con cálculos y resultados) utilizándolos bien, era 2015 cuando se concluyó, y?...

A lo largo de las lecturas que he realizado, he conseguido sacar conclusiones e inquietudes desasosegadas.

Mi primer comentario lo ocupa una noticia que generó en mí la sensación de ser víctima de una ofensa inaudita; una inquietud; una desilusión.

Todo eso sentí cuando conocí, sobre el papel, no personalmente, a la figura de los FoCo.

Seguidamente pensé para qué sirven?, y la contestación la encontré en todo lo que en ese momento hablaba de ellos; así te decían que estaban allí para sacar de dudas, en la atención fármaco-terapéutica, a ese farmacéutico de oficina de farmacia que, voluntariamente, se ha ofrecido para participar en el proyecto piloto de un servicio de atención farmacéutica, ha recibido la preparación oportuna en su Colegio Oficial de Farmacéuticos y ha superado positivamente la selección realizada, sabe todo lo que desde el Consejo General le ofrecen para facilitar el quehacer diario de su oficina de farmacia (ejemplo Nodofarma). En cuanto al formador colegial, además de ayudarte en algo que tú ya conoces, también te dicen que está para darte ánimos y entusiasmo. Yo pienso que, a ese farmacéutico que se ofrece voluntariamente, en cuanto el proyecto no le satisfaga se puede dar de baja, el farmacéutico que se desanima y desilusiona es una persona cabal y honesta que no quiere trabajar con el lastre que supone seguir trabajando desilusionado y más, con una persona a tu lado dándote la tabarra (y para que sepa dar la tabarra le han pagado un Curso de preparación especial para saber aconsejar, PRECEDE). Ese farmacéutico, al que el FoCo quiere dar

ánimos, es una persona íntegra que no quiere dejarse atrapada la ilusión en el bosque de las incompetencias.

También me pregunto ¿Cómo es la formación que reciben de mi Colegio Oficial de Farmacéuticos esos farmacéuticos que van a participar en el proyecto de un servicio de Atención Profesional Farmacéutica?; el Colegio Oficial se compromete a preparar profesional y científicamente a sus colegiados que van a participar en una prueba piloto.

Ese mismo Colegio, para cada proyecto en que participan sus colegiados va a preparar a los FoCo, les va a dar un salario, un despacho personal magníficamente equipado, actualizado en material y publicaciones, etc.

Yo me pregunto ¿se puede saber qué formación le dieron a esos farmacéuticos de oficina de farmacia que voluntariamente se ofrecieron para participar en ese proyecto?, ellos ofrecían su trabajo, su oficina de farmacia con todo su montaje, si alguno de su personal se le pide una ayuda puntual también la tendrá. ¿A ese farmacéutico lo han preparado peor que a los FoCo?, por qué? necesito que me convenzan. Si la preparación es la misma ¿Qué hace el FoCo en esa farmacia?. Es a la conclusión que llego tras leer el libro del proyecto conSigue. ¿Había algún problema a que la formación se diera a todos los farmacéuticos juntos, FoCo y de oficina de farmacia?

El farmacéutico de oficina de farmacia, si le desborda el trabajo, contrata a otro/s farmacéutico/s y a un/os técnico/s en farmacia, asumiendo ese gasto, porque es el gestor de esa oficina de farmacia, y es lo suficientemente profesional para controlar su rentabilidad, es su dinero.

El Colegio Oficial de Farmacéuticos tiene la cuota de sus colegiados que irá aumentando según necesidades, pero que también deberá gestionar en conciencia, maneja un dinero que no es suyo, se ha planteado alguna vez ¿es rentable un FoCo?. Hay que leer bien el libro de ConSigue y se aclara casi todo.

El Consejo General y los Colegios Oficiales, a mi juicio, tienen que echar cuentas y honestamente pensar que con esas mensualidades que paga a los FoCo, puede abrir una hucha, ir vigilando el saldo y tal vez llegue a una cantidad que pueda destinarla a contratar un buen equipo de abogados, a un buen despacho de gestores, para que ideen cómo conseguir la legalidad de un sistema de pago a los servicios profesionales farmacoterapéuticos, o tal

vez cómo presionar para que esa situación se legisle. Todo lo que lees de servicios dicen: hay que buscar un proveedor, y yo añado: pero sin prisa, está todo pagado por el farmacéutico realizador.

Pensamos que uno de los retos (no es el único) de la oficina de farmacia actual y su compromiso de futuro está en dotarla de sostenibilidad y garantizar su perdurabilidad a largo plazo que se conseguirá cuando nosotros, los farmacéuticos de oficina de farmacia estemos abiertos a la adecuación de nuestro ejercicio, a lo que la sociedad demande. Es un desafío que nos permitirá exigir a las Administraciones, al resto de profesiones sanitarias y a los pacientes, que comprendan todos, que para recibir en la farmacia la atención que necesitan, tienen al farmacéutico que pone a su servicio toda su ciencia, y toda la estructura dotada de los elementos necesarios para ofrecer una atención excelente, pues esa oficina de farmacia la ha costado y la sostiene él, ese farmacéutico que con mucha ciencia, valentía, honestidad e inversión lucha por hacerla rentable. La Administración pública no le da nada, eso sí le exige tasas e impuestos.

Pero si conseguimos avalar nuestra profesión con una o más especializaciones punteras; necesarias; más que útiles, imprescindibles; conseguiremos se nos reconozca y respete y nuestros servicios tengan unos honorarios acordes con su valor, no como ahora que en vez de ser honorarios son una humillación.

Esta discusión, y alguna más, la tengo conmigo misma; recuerdo lo descrito en este trabajo en el que vemos el reflejo de los tiempos: tiempos cargados de ilusiones; tiempos en los que, sin decaer algunos en su ilusión, se encuentra un importante número de farmacéuticos de oficina de farmacia inmersos en el pasotismo; y el tramo final nos ofrece actuaciones entusiasmantes con la permanencia del humo, cuando no totalmente ignoradas. Y un resultado nefasto, reflejado en ese número de *El Global* de septiembre 2019 que a más de uno deberíamos regalar enmarcado para que lo ponga en su despacho.

## **CONCLUSIONES**

-El servicio de SPDs, hoy por hoy, es el indicado para, casi, asegurar el cumplimiento terapéutico del paciente.

-El servicio de SPDs, lleva inherente el seguimiento fármaco-terapéutico del paciente, aflorando todos los problemas relacionados con la medicación.

-Esgrimiendo los dos planteamientos anteriores, el farmacéutico de oficina de farmacia debe insistir en intentar convencer que, para actuar eficazmente en la tutela de la medicación, se necesita conocer el historial clínico del paciente.

- Debemos convencer al médico prescriptor para que recomiende este servicio a los pacientes diana en deshaderencia, ya que le puede revertir en su carga asistencial.

-El Segundo Congreso Nacional Médico&Farmacéutico, SEMERGEN-SEFAC; 24,25 enero 2020, Colegio Oficial de Médicos de Valencia, titulado, “Médico y Farmacéutico: Soluciones de Salud,” centrado en el servicio SPD, nos proporcionó, como ha ocurrido millones de veces, como Conclusión algo que sabemos desde hace tiempo. “Es imprescindible que los médicos conozcan y prescriban Sistemas Personalizados de Dosificación”. Tenemos que informar y, tal vez, informar mejor

-Este mismo Congreso nos abastece otra conclusión, “La Administración tiene que dar valor e importancia a este servicio”. Pero el jefe del Servicio de Prestación Farmacéutica y Dietoterapia de la Consejería de Sanidad Valenciana, manifestó en el Congreso, (SEMERGEN-SEFA, enero de 2020) que “para la Administración no tiene el mismo valor ofrecer un SPD a un



paciente frágil, polimedicado que para un paciente que se pueda valer por sí mismo”. ¿Este señor conoce los SPDs?. Debemos movernos más.

-De este Congreso Valenciano acepto otro consejo-conclusión, es de un Catedrático de Geriátrica de la Universidad Complutense de Madrid que participó en él: “Es importante conocer los datos y los factores de una mala adherencia, así como buscar y abordar los sistemas más novedosos que se están introduciendo, es necesario facilitar determinadas medidas para que los próximos años podamos hablar de resultados positivos”. El protagonista de este congreso, era los SPDs.

-En este Congreso Valenciano del año 2020 (hoy día) nos indican otra Conclusión “este servicio (SPD) no se utiliza entre los médicos por que se conoce poco y, además es un procedimiento que requiere voluntad y responsabilidad de los profesionales, así como una comunicación con el farmacéutico”. Hay que prestar atención a esta manifestación.

-Se ha arrastrado mucho tiempo la circunstancia de la incomunicación farmacéutico- médico. Urge solución.

- Siguiendo con este Congreso de 2020 (insisto en la fecha) en el que nos indican que “Hay que avanzar la recertificación en la forma de nuestro entorno europeo y apoyar toda la iniciativa que estimule el trabajo en equipo, potenciando la formación y el trabajo conjunto de médicos de Atención Primaria y Farmacéuticos Comunitarios.”Lo considero muy Concluyente.

-Con el servicio SPD, el farmacéutico de oficina de farmacia debe convencer al paciente de que tiene garantizada su tutela en cuanto a tratamiento y evolución de su patología, y que él debe colaborar.

-Realizando el servicio de SPD, el farmacéutico de oficina de farmacia y sus representantes profesionales, deberían convencer a la Administración Sanitaria, que esta actuación les supone un ahorro considerable en gasto sanitario: reducción de la medicación; reducción atenciones en los servicios de urgencia; reducción ingresos hospitalarios; mientras el farmacéutico soporta el coste de esta preparación y, cuando tiene un paciente/cliente que carece de posibilidades de abonarlo se lo regala tantas veces cuanto sea necesario. ¿Alguien o algo se denomina Seguridad Social? ¿será el farmacéutico de oficina de farmacia y no nos hemos enterado? Conclusión. Urge aclararlo.

- El farmacéutico de oficina de farmacia, a través de sus representantes profesionales, deberían proponer a las Autoridades Sanitarias llegar a un acuerdo como el de la Formulación Magistral, con sus analogías y diferencias, pero legal, seguro y uniforme para toda España.

-En este trabajo ha quedado, sobradamente demostrado con infinidad de investigaciones, el coste que supone para la oficina de farmacia preparar un SPD; también queda sobradamente demostrado (informe Dioscórides) el ahorro que proporciona a la Administración evitando ingresos hospitalarios, atención en urgencias, consultas médicas innecesarias, ofreciendo las operaciones aritméticas realizadas para alcanzar la cantidad final. Urge presentar esto a la Administración y exigir una respuesta ya.

- Con la experiencia adquirida de pacientes atendidos con SPD, ahora deberíamos calcular qué número de pacientes necesitaríamos atender para amortizar la inversión, dejando aparte negociar una compensación; cuando sepamos con certeza el número de pacientes que necesitamos para amortizar la inversión, tal vez lleguemos a la Conclusión de que debemos prescindir de ofrecer este servicio.

-Si retrocedemos un poco en el tiempo, quizás encontremos la solución; volvamos a los tiempos en que los laboratorios emblistaban, sobre todo anlgésicos, dispuestos para venta al público, de dos en dos (grageas, comprimidos) pero ahora, que lo hagan de uno en uno y lo pongan al mercado en las cajas o frascos oportunos y la capacidad conveniente. Con ese embase el paciente prepara su pastillero de toda la vida pero, éste nuevo, con alveolos de dimensión capaz de contener el medicamento emblistado. Si prefiere, puede llevarlo a la farmacia y allí se lo prepararemos. Tras lo leído y lo vivido en Sistemas Personalizados de Dispensación, lo considero una Conclusión, pese a que en la Memoria doctoral de Héctor Ruiz Loscertales se nos indica que el principal riesgo de esta práctica es la ingesta accidental del medicamento en su envase original.

-Se debe pensar seriamente en la carrera de Farmacia. No podemos perder una titulación como se perdió la de Alimentación y Dietética.

-La figura FoCo (Formadores Colegiales), si su función es la que se indica, hay que replanteada su necesidad. Se deberían suprimir.

-Consideramos es uno de los mejores documentos comentados en esta memoria el elaborado en 2019, por la Agrupación Farmacéutica Europea (presidida en ese momento por Jesús Aguilar)

Titulado *Farmacia 2030, Una visión para para la farmacia comunitaria europea*. En él enumeran diez magníficas,

“recomendaciones clave”, posibles de llevar a cabo. Quedan 10 años ¿se llegará a realizar? Es muy importante materializar las 10 recomendaciones. No sé en Europa, pero para España en 2030, ¿habrá oficina de farmacia?

-Hay que estar, en todo momento, muy pendientes de los movimientos que hace la Red-Asociación de farmacéuticos autónomos. Habrá que conocer su denominación pues varía: 1999, Red de Atención Farmacéutico Geriátrica Atepharma; 2006, Atención Farmacéutica Domiciliaria (AFD) Atepharma; Campo virtual; montan Masterclass para dar formación. 2019, Grupo de Farmacias Alphega Farmacias en España.

**-Retomando:** Para este trabajo doctoral cerré su investigación con intención de concluirlo a primeros de febrero de 2020 y, en la primera semana de marzo ya estábamos terminando.

Evidentemente no dejé de leer la prensa profesional y a estar atenta a todo lo que en la prensa general ofrecían en cuanto a noticias sobre nuestra profesión.

Lo siento mucho, pero en esta Tesis se transluce que, por mi parte, hay un ligero desencanto.

Este desánimo general que yo tenía, ahora lo he afirmado y por eso quiero pasarlo a Conclusión de ésta Tesis, pues realmente es mi “tesis” personal, en lo que firmemente creo.

Situación: cronológicamente, el día 18 de marzo, de este año 2020, se propuso en todos los medios de comunicación que, a diario, a las 20 horas se dedicase un largo aplauso a los profesionales sanitarios implicados en la cadena contra el corona-virus; en la petición del aplauso nominaban a todas las profesiones sanitarias cuya actuación, necesaria, les implicaba riesgo de contagio y reclamaban la ayuda necesaria para evitar esa contaminación, y también aquellos otros colectivos profesionales que no eran sanitarios, pero igualmente imprescindibles (señoras de la limpieza, etc.). También

había un dato fijo: la ausencia de mención a los farmacéuticos de oficina de farmacia.

El día 27 de marzo, una periodista le pregunto al médico Sr. Simón la ausencia de referencia a los farmacéuticos, contestando él que nuestra función era como las cajeras de los supermercados, corriamos el mismo riesgo que ellas, cuando le siguió preguntando, ahora, si teníamos indumentaria apropiada, le contesto que en ese punto éramos como los bomberos.

Después de esta ofensa que nos propinó el Sr. Simón nadie reacciono; ningún representante de nuestra profesión salió inmediatamente a decir que los farmacéuticos de oficina de farmacia éramos la primera criba, el cribado lo hacía el farmacéutico al que llegaba un paciente preguntado ¿qué me recomiendas, tengo algo de fiebre, estornudos, tos?, y documentarles de nuestra actuación; tuvo que llegar abril y las cadenas de radio Cope y Es Radio salieron comentando la labor callada de los farmacéuticos de oficina de farmacia. Es Radio en su programa de tarde que dirige Dieter Brandau entrevistó al presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Comunidad de Madrid; al día siguiente, en televisión, entrevistaron al presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, después, una entrevista a una farmacéutica rural; ya empezó la prensa escrita; ¿se acababan de dar cuenta de que estábamos allí?, no, se acababan de dar cuenta de que habían fallecido ocho compañeros nuestros. Pero si no es por Dieter Brandau, nadie ¡¡de los nuestros!! había dicho nada, nosotros nos habíamos enterado por que eran padres de amigas y nos fuimos llamando.

Por esto, ahora, quiero añadir aquí como conclusión algo que ya manifesté en el Trabajo de Campo pues estoy aún, si cabe, más convencida: Dios mío, que solos, que tristes se quedan los farmacéuticos de oficina de farmacia.

## ABREVIATURAS. ACRÓNIMOS. SIGLAS

A B C = Costes Basados en Actividades

AEFI= Asociación Española de Farmacéuticos de la Industria

AEMPS = Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

AENOR= Asociación Española de Normalización y Certificación.

A F = Atención Farmacéutica.

A F – F C = Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria.

AINE = Anti-Inflamatorio No Esteroideo.

AMAT= Ayuda a Mejorar la Adherencia al Tratamiento

AMPA= Automedida de la Presión Arterial.

ANACEV= Asociación Nacional de Centrales de Ventas

ANECA = Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación.

A P = Atención Primaria.

A P = Acuerdo Parcial.

AVAC = Años de Vida Ajustados a Calidad de vida.

BDZ= Benzodiacepinas

BOE = Boletín Oficial del Estado

CCAA = Comunidades Autónomas

CEICE = Comité Ético de Investigación Clínica

CEU = Centro de Estudios Universitarios

CFCE = Comisión Formación Continuada

CGCOF = Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

CIAP = Clasificación Internacional de la Atención Farmacéutica

CIN = Centro de Investigación en Nutrición. Universidad de Navarra

C M = Conciliación de Medicación

CM = Cambio de Medicación

CMP = Compañero Menos Perfecto, o Menos Preferido; Least Preferido  
Co-worken. Conocimiento del Paciente de su Medicación.

COF = Colegio Oficial de Farmacéuticos

COFM = Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid

CONCYL = Consejo de Colegios Profesionales Farmacéuticos de Castilla  
y León

CONGRAL = Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.  
On line CONGRAL@

CRD= Cuaderno Recogida de Datos electrónico

CSIC = Centro Superior de Investigaciones Científicas

CVRS = Calidad de vida relacionada con la Salud

DAFO= Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades

DGFPS = Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios

DI = Después de Impuestos

DM =Diabetes Melitus

DND = Diploma en Nutrición y Dietética

DOGC = Diario Oficial de la Generalidad de Cataluña

DU = Dosis Unitaria

E = Efectividad

EAP = Equipo de Atención Primaria

ECV = Enfermedad cardiovascular

EEES = Espacio Europeo de Educación Superior

EEUU= Estados Unidos de América

EFC = Especialidad Farmacéutica Compleja

EFQM = European Fundation for Quality Model=Fundación Europea para  
la Gestión de Calidad

EEUU = Estados Unidos

EM = Error de Medicación

EpS = Educación para la Salud

ES = Estudio de Situación o Estado de Situación

ESC =Sociedad Europea de Cardiología. European Society of Cardiology.

ESH = Sociedad Europea de Hipertensión. European Society of  
Hipertension.

EVA = Escala Visual para pacientes con dolor inmediato

FACOAS = Asociación de Farmacéuticos Comunitarios (fundada en Jaén)  
FAF = Foro de Atención Farmacéutica  
FAFEC = Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria  
FAQ's = Preguntas Frecuentes = Frequently Asked Question  
FC = Formación Continuada  
FC = Farmacéutico Comunitario  
FEDE = Federación Española de Diabetes  
FEP = Foro Español de Pacientes  
FIP = Federación Internacional Farmacéutica  
FoCo = Formador Colegial  
FRCV = Factor de Riesgo Cardiovascular  
FUNDAMED = Fundación de Ciencias del Medicamento y Productos Sanitarios

GIAT = Grupo de Investigación de Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada

Gaia QIA(R2) de la IHC= ( IHC=International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for the Registration on of Pharmaceuticals for Human USE. QIA(R2) = Calidad Estabilidad Principio Activo en condiciones extremas medicamentos.

HTA = Hipertensión Arterial

ICALIN = Instituto de Ciencias de la Alimentación de la Universidad de Navarra

ICH = International Conference on Harmonisation of Technical Requirements of the registration on Pharmaceuticals for Human use.

IE= Índice de Estabilidad

IESE = Instituto de Estudios Superiores de Empresa

IF = Indicación Farmacéutica o Intervención Farmacéutico

IHC = Índice Hidroxiprolina - Creatinina

IMC = Índice Masa Corporal

INFARMA = Encuentro Europeo de Farmacias; Integra el Congreso Europeo de Oficinas de Farmacia , y el Salón de Medicamentos y Parafarmacia

IPM = Información Personalizada de la Medicación

IRANOR = Instituto de Racionalización y Certificación



IRPF = Impuesto sobre el Rendimiento de las Personas Físicas  
ISMP = Institute Safe Medication Practices  
ISO= International Organization for Standardization = Organización Internacional para la Estandarización  
IVR = Sistema de Voz interactivo telefónico

K = Kilogramo  
KIT = Conjunto de piezas

LERE= Ley de Recogida de Envases y Residuos de Envases  
LOPS = Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias  
LOPD = Ley Orgánica de Protección de Datos

m = metro  
MAP = Médico de Atención Primaria  
MERP = Medication Error Reporting and Prevention  
MNPM = Medicamentos No sujetos a Prescripción Médica  
MPM = Medicamentos Sujetos a Prescripción Médica  
MPR = Medication Possession Ratio=índice de posesión de la medicación  
MRM = Morbilidad Relacionada con Medicamentos

N = Necesidad  
NAOS = Nutrición, actividad Física, y Prevención de la Obesidad

OAT = Observatorio de Adherencia al Tratamiento  
OMS = Organización Mundial de la Salud

p.a. = Principio Activo  
PA = Presión Arterial  
PCT = Pharmaceutical Clinical Technology  
PCNE =Pharmaceutical Care Network Europe  
PESGG = Programa de Educación Sanitaria para las personas mayores.  
Gobierno Catalán  
PGEU = Agrupación Farmacéutica Europea = Pharmaceutical Grupo of the European Unión  
P I = Prescripción Inapropiadas  
PLENUFAR = Plan de Educación Nutricional por el Farmacéutico

PNFC = Plan Nacional de Formación Continuada  
PNT = Protocolo Normalizado de Trabajo  
PPAC = Programa Prevención y Atención a la Cronicidad del Gobierno Catalán  
PPAF = Proyecto de Atención Farmacéutica al Paciente Crónico, Gobierno Catalán  
PPI = Prescripción Potencialmente Inadecuada  
PRM = Problemas Relacionados con Medicamentos  
PVC = Cloruro de Polivinilo  
PVP = Precio Venta al Público  
PYME = Pequeña y Mediana Empresa

QIA = Quimioterapia Intra Arterial

RAM = Reacción Adversa de Medicamentos  
RCV = Riesgo Cardiovascular  
Res AP = Resolución Acuerdo Parcial  
REAP = Red Española de Atención Farmacéutica  
RFT = Revisión Farmacoterapéutica  
RIFAC = Red de Investigación en Farmacia Comunitaria  
RMN = Resultado Negativos de Medicación  
RNM = Resultados Negativos asociados a la Medicación  
RUM = Revisión Uso de los Medicamentos  
RUM = Uso Racional de los Medicamentos

SACYL= Servicios de Salas de la Comunidad Castellano Leonesa  
SAM = Sistema de Administración de Medicamentos  
SCF = Servicio Cognitivos Farmacéuticos  
SEFAC = Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (año 2000)  
Sefac = Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria  
SEFAP = Sociedad Española de Atención Primaria  
SEFAR = Sociedad Española de Farmacia Rural  
SEFH = Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria  
SEMERGEN = Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria  
SEMI = Sociedad Española Medicina Interna  
SERCO = Compañía de servicios de bebidas refrescantes  
SERPAS = Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria

SFT = Seguimiento Farmacoterapéutica  
SGC = Sistema de Gestión de la Calidad  
SIAN = Sistemas de Administración de Medicamentos  
SIDO = Sistema Individualizado de Dosificación  
SIGRE = Sistema Integrado de Gestión de Recogida de Residuos  
SMC = Sistema MultiCompartimental  
SNS = Sistema Nacional de Salud  
SPD = Sistema Personalizado de Dosificación  
SPF = Servicios Profesionales Farmacéuticos  
SPFA = Servicios Profesional Farmacéutico Asistencial  
SPFT = Servicios Profesionales Farmacoterapéuticos  
SPR = Sistemas Personalizados de Reacondicionamiento  
SPSS = Statistical Package for the Social Sciences  
SRA = Sistemas de Reacondicionamiento

TDABC = Costes Basados en el Tiempo invertido por Actividad  
TDHA = Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad  
THS = Terapia Hormonal Sustitutiva  
Tics = Tecnología de Información y Comunicación  
TIS = Tarjeta Individual necesaria  
TOD = Tratamiento Observacional Directo  
TOMCOR = Therapeutic Outcomes Monitoring on Coronary Patients  
TSD = Técnico Superior en Dietética.  
TSN = Terapia Sustitutiva con Nicotina

UCM = Universidad Complutense de Madrid

VIH = Virus Inmunodeficiencia Humana

WONCA = Organización Mundial de Médicos de Familia

ZAP = Zona de Atención Personalizada

